



Styresak 008-2019

Riksrevisjonens kontroll med forvaltning av statlige selskap 2017

– styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

Saksbehandler: Beate Sørslett
Dato dok: 11.02.2019
Møtedato: 20.02.2019
Vår ref: 2017/3434

Vedlegg (t): Rapport fra forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet
Styresak 42/2010 Pasientsikkerhet og kvalitet
Styresak 18/2014 Oppfølging etter styresak 42-2010

Innstilling til vedtak:

1. Styret tar informasjonen om Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet til orientering.
2. Styret ser med tilfredshet på det arbeidet som er gjort innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid av de ansatte i Nordlandssykehuset og ber om å bli orientert og involvert i arbeidet med kontinuerlig forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet, også fremover.
3. Styret vil i forbindelse med fremtidige egevalueringer kartlegge kompetansebehovet med spesielt fokus på de områder som er omtalt i rapporten.
4. Styret ber om en egen styresak i løpet av 2019 som beskriver Nordlandssykehusets videre plan for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.

Bakgrunn:

Styret i Nordlandssykehuset HF ble på regionalt styreseminar 25.oktober 2018 orientert om Riksrevisjonens rapport «Forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet». Undersøkelsen omfatter arbeidet i styrene i de fire regionale helseforetakene og 20 underliggende helseforetak. Det er gjennomført dokumentanalyse av styredokumenter, spørreundersøkelse til alle styremedlemmer, analyse av helseforetakenes resultater på utvalgte kvalitetsindikatorer og intervjuer. Undersøkelsesperioden er hovedsakelig 2017. Rapporten ble publisert 6. november 2018 som en del av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2017.

Direktørens vurdering:

Administrerende direktør er fornøyd med at Riksrevisjonen fremhever styret til Nordlandssykehuset HF sin prioritering av styresaker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet. Styret i Nordlandssykehuset tok i styresak 42-2010 aktivt stilling til dette, og arbeid med systematisk pasientsikkerhet, kvalitet og styringssystem har siden vært et viktig fokusområde for

Nordlandssykehuset. Noen av punktene fra denne styresaken er blitt del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Oppfølging av punktene fra styresak 42-2010 ble evaluert i styresak 18-2014.

Forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet behøver et kontinuerlig fokus, selv om innsatsområdene og tiltakene kan variere over tid. Nordlandssykehuset har i tillegg til det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet hatt egne tiltak knyttet til forbedringsområder identifisert av våre egne ansatte. Siden det nasjonale programmet ble avviklet januar 2019 er det viktig at Nordlandssykehuset reviderer og oppdaterer sin egen plan for det systematiske arbeidet innenfor pasientsikkerhet og kvalitet.

Oppsummering fra Riksrevisjonens rapport

Forvaltningsrevisjonen av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet har hatt fokus på to hovedområder:

1. Påser styrene at virksomhetene arbeider systematisk med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
2. Sørger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene for å velge styrever med hensiktsmessig kompetanse, og sørger styrene selv for å evaluere og videreutvikle denne kompetansen?

I rapporten er det tre hovedfunn:

- De fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men har ikke en praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok.
- Mange av styrene i både helseforetak og regionale helseforetak ivaretar ikke godt nok sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer.
- Prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sikrer ikke godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse.

Helse Vest og Helse Nord er de foretaksgruppene hvor flest HF-styrer behandler egne saker om kvalitet og pasientsikkerhet. Blant de regionale helseforetakene behandlet styret i Helse Vest RHF flere egne saker om kvalitet og pasientsikkerhet enn de tre andre regionale helseforetakene. Revisjonen har sett på 12 utvalgte indikatorer og i hvilken grad styrene får informasjon om negative resultater.

Tabell: Oversikt over helseforetak etter i hvilken grad de får informasjon om negative resultater på 12 utvalgte kvalitetsindikatorer ¹

Tabell 2 Oversikt over helseforetak etter i hvilken grad de får informasjon om negative resultater på 12 utvalgte kvalitetsindikatorer		
Helseforetak hvor styret i størst grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for minst halvdelen av indikatorområdene med negativt resultat.)	Helseforetak hvor styret i middels grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for minst tre indikatorområder, hvorav minst ett gjelder negativt resultat.)	Helseforetak hvor styret i minst grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for mindre enn tre indikatorområder, eller styret har fått informasjon om tre indikatorområder, men ingen med negativt resultat.)
Sykehuset Østfold HF Helse Stavanger HF Helse Bergen HF St. Olavs hospital HF Nordlandssykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Vestre Viken HF Sørlandet sykehus HF Sykehuset Innlandet HF Oslo universitetssykehus HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Førde HF Helse Fonna HF	Akershus universitetssykehus HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset i Telemark HF Helse Nord-Trøndelag HF Helgelandsykehuset HF Finnmarkssykehuset HF

Kilde: Kvalitetsindikatorer (helsenorge.no), tilsendte data om andel pasientskader målt med GTT i e-post fra Helsedirektoratet, dokumentanalyse av styredokumenter.

Riksrevisjonen omtale av Nordlandssykehuset HF i rapporten:

«Når det gjelder å prioritere egne saker på styrets agenda som gjelder kvalitet og pasientbehandling, skiller styret i Nordlandssykehuset HF seg ut. Styret hadde flere egne styresaker på agendaen som handler om kvalitet i pasientbehandling og/eller pasientsikkerhet. Sammenlignet med andre styrer fikk styret ved Nordlandssykehuset HF også mye informasjon om det faglige innholdet i tjenestene, blant annet om resultater fra kvalitetsregistre.»

Rapporten beskriver at få styrer fatter aktive vedtak i forhold til virksomhetsrapporter, og mener det innebærer at styrene i forbindelse med behandlingene av de fleste virksomhetsrapportene ikke forplikter administrasjonen til å følge opp konkrete saker som gjelder kvalitet.

Rapporten sier at styret til Nordlandssykehuset får en samlet gjennomgang av styringssystemet, men begrenset informasjon med prosessen med å indentifisere risiko.

¹ Rapport fra forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet side 359

Tabell 4 Hvilke styrer som fikk hvilken informasjon om styringssystemet i 2017

	Styrer	Samlet gjennomgang av styringssystemet	Informasjon om utvalgte deler av styringssystemet			
			Beskrivelse av risikostyringsprosessen	Oppfølging av uønskede hendelser	Behandlet internrevisjons-rapporter	Samlet oversikt over eksterne tilsyn
HF	OUS					
	Finnmarkssykehuset					
	Helse Bergen					
	Helse Stavanger					
	Sykehuset Innlandet					
	Nordlandssykehuset					
	Sykehuset Telemark					
	UNN					
	A-hus					
	Helse Fonna					
	Sunnaas Sykehus					
	Helse Førde					
	St.Olavs hospital					
	Sykehuset i Vestfold					
	Sykehuset Østfold					
	Sørlandet sykehus					
	Vestre Viken					
	Helgelandssykehuset					
	Helse Møre og Romsdal					
	Helse Nord-Trøndelag					
RHF	Helse Nord					
	Helse Midt-Norge					
	Helse Sør-Øst					
	Helse Vest					

Riksrevisjonen kom med tre anbefalinger, hvor kulepunkt 2 og 3 er anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene:

- Styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene som del av sitt tilsynsansvar
 - etterspør relevant informasjon om kvalitetsutfordringer i det enkelte foretak og om hvorvidt igangsatte tiltak gir ønsket effekt
 - etterspør sammenligninger med andre foretak, og sørger for å lære av de beste – både i og utenfor offentlig helsesektor – for å bidra til kvalitetsforbedring
 - påser at styringssystemet, inkludert risikostyringen, fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenestene.
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sørger for at styremedlemmene får nødvendig opplæring i risikostyring, slik at styret har forutsetninger for å kunne vurdere om risikostyringsprosessen er egnet til å identifisere de reelle utfordringene i foretaket.
- Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene evaluerer prosessen med valg av styremedlemmer og vurderer hvilke tiltak som kan bidra til at styrene samlet sett får en kompetanse som står i forhold til utfordringene i hvert enkelt foretak.

Vedlegg 5.3: Rapport fra forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Det har i flere år vært et overordnet helsepolitisk mål å skape pasientens helse-tjeneste,² og de regionale helseforetakene har blitt bedt om å innrette virksomheten med sikte på å nå målet om bedre kvalitet og pasientsikkerhet.³ Spesialist-helsetjenesten er organisert gjennom fire regionale helseforetak (RHF), som eier helseforetakene (HF) i egen region. Foretakene på begge nivåer er selvstendige rettssubjekter med egne styrever. Det er styrene som har det overordnede ansvaret for måloppnåelsen i foretakene. Stortinget har lagt til grunn at ansatte i foretakene skal oppleve at styrene engasjerer seg i et aktivt og konstruktivt pasientsikkerhetsarbeid, og at styrene må være bevisst på ansvaret sitt og ha kompetanse innen kvalitet og pasientsikkerhet.⁴

Det har fra flere hold blitt påpekt at styrenes arbeid med oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet kan bli bedre. I en evaluering av styrene fra 2012 som ble bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet, ble det gitt uttrykk for at styrene kan bruke mer tid på risikostyring, kvalitet og pasientrelaterte temaer, og flere styremedlemmer og direktører mente at den helsefaglige og profesjonelle styrekompetansen kunne styrkes.⁵ Riksrevisjonen har tidligere påpekt at styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser.⁶

Erfaringer fra tilsyn har vist at det ikke arbeides systematisk nok med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helseforetakene, og at det er behov for mer kunnskap om kvaliteten på tjenesten.⁷ Tilsyn viser ofte svikt i risikostyring og ledelsens ansvar for å sikre forsvarlig behandling av pasienter og brukere, og at de ansvarlige for virksomheten har for lite kunnskap om resultater for kvalitet og pasientsikkerhet.⁸ Funn fra tilsyn viser også at det er manglende iverksetting av korrigerende tiltak og manglende oppfølging av tiltakenes effekt.⁹ Forskning viser at styrenes involvering har betydning for kvaliteten i tjenestene.¹⁰ I regjeringens eierskapsmelding blir det understreket at mange styremedlemmer mangler tid, kunnskap og riktig informasjon til å bidra på en effektiv måte.¹¹

Styrenes ansvar innebærer blant annet å fastsette strategiske planer og budsjetter, og holde seg orientert om foretakets virksomhet.¹² Styret har det øverste ansvaret for forvaltningen av foretaket og skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar

2) Prop. 1 S. Helse- og omsorgsdepartementet (2016–2017), (2015–2016) og (2014–2015).

3) Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2015, 2016 og 2017.

4) Innst. 250 S (2012–2013), jf. Meld. St. 10 (2012–2013).

5) Agenda Kaupang (Kaupang: 13) *Evaluering av styrene i helseforetakene, en evaluering av roller og funksjoner for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene.*

6) Dokument 3:2 (2016–2017) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015.*

7) Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten og Nasjonal helse- og sykehusplan.

8) Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.

9) Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.

10) Pasientsikkerhetsprogrammet viser blant annet til forskningsartikkelen Jiang HJ, Lockee C, Bass K, Fraser I. *Board oversight of Quality: Any Differences in Process of Care and Mortality.* *Journal of Healthcare Management* 2009 Jan;54(1):15–30.

11) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 76.

12) Helseforetaksloven § 28 og veilederen for styrearbeid i regionale helseforetak.

med lover og forskrifter.¹³ Det er derfor viktig at styrene påser at foretakene jobber systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og påser at det er etablert et styringssystem som støtter opp under kvalitetsarbeidet.¹⁴

Det er Helse- og omsorgsdepartementet som har ansvaret for å velge styrene i de fire regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene velger på sin side styrene i sine underliggende helseforetak. I 2017 var det til sammen etablert 20 underliggende helseforetak som hadde ansvaret for å yte spesialisthelsetjenester innenfor sitt opptaksområde.¹⁵ Styrene i de fire regionale helseforetakene og 20 underliggende helseforetakene hadde mellom åtte og tolv styremedlemmer. Mellom tre og fire av medlemmene var ansattrepresentanter.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere om styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger, samt prinsipper for godt styrearbeid.

Følgende problemstillinger belyses:

1. Påser styrene at virksomhetene arbeider systematisk med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
 - a) Påser styrene at de behandler relevant informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet?
 - b) Påser styrene at det blir satt i gang nødvendige tiltak for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
 - c) Påser styrene at styringssystemet bidrar til å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten?
2. Sørger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene for å velge styrer med hensiktsmessig kompetanse, og sørger styrene selv for å evaluere og videreutvikle denne kompetansen?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er belyst ved hjelp av dokumentanalyse, spørreundersøkelser, intervjuer og analyse av tilgjengelig statistikk og annen sekundærdata.

Undersøkelsen omfatter i hovedsak arbeidet i styrene i de fire regionale helseforetakene og 20 underliggende helseforetakene som yter spesialisthelsetjenester i 2017.¹⁶ Styrene i HF-ene har ansvaret for den utøvende virksomheten, og det er dermed grunn til å forvente at disse styrene har en tettere oppfølging av pasientbehandlingen enn styrene på RHF-nivå. Revisjonen har derfor hatt størst oppmerksomhet mot styrene i HF-ene. I tillegg er styrene i tre private ideelle sykehus som har et bredt tilbud av spesialisthelsetjenester, og som har avtale med et RHF, inkludert i problemstillingen, for å undersøke om styrearbeidet i disse sykehusene skiller seg fra styrenes arbeid i de regionale helseforetakene og deres underliggende

13) Helseforetaksloven § 28.

14) FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

15) De fire regionale helseforetakene eide per 2017 i tillegg 13 underliggende helseforetak, som var ansvarlig for andre tjenester som står i naturlig sammenheng med oppgavene i spesialisthelsetjenesten, for eksempel sykehusapotekene og selskaper med ansvar for IKT og bygg.

16) Styrenes oppfølging av enkelte saker er fulgt lenger tilbake i tid. Det gjelder to internrevisjonsrapporter med særlig relevans for tematikken i denne undersøkelsen, enkelte risikoanalyser og tilsynsrapporter. Samtidig er årlige meldinger som ble rapportert i 2018, undersøkt, fordi disse gjelder for 2017.

helseforetak. Hvilke foretak og sykehus som er inkludert i undersøkelsen, går fram av vedlegg 1.

2.1 Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomført dokumentanalyse av styredokumenter for å undersøke hva slags informasjon styrene får, og hvilke vedtak styrene fatter.

Følgende dokumenter for 2017 er gjennomgått for de fire regionale helseforetakene, de tjue helseforetakene og tre private sykehus:

- styremøteprotokoller
- månedsrapportering
- tertialrapportering og/eller halvårlig rapportering
- risikovurderinger
- dokumenter som omhandler ledelsens gjennomgang av styringssystemet
- årlig melding for 2017
- styresaker som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet, eksterne tilsyn og interne revisjoner¹⁷

Revisjonen har analysert saksdokumentene for å få oversikt over hvilke temaer styrene får informasjon om. Videre har revisjonen undersøkt om styrene får informasjon om utfordringer foretakene og de private ideelle sykehusene står overfor, og tiltak de setter i gang for å sørge for forbedringer.

I kapittel 4.1, som omhandler virksomhetsrapporteringen, er månedsrapporter for oktober 2017¹⁸, tertialrapportene for 2. tertial og/eller halvårlig rapportering lagt til grunn.

Gjennomgangen av styreprotokoller er brukt til å belyse styrenes aktivitet, blant annet hvilke vedtak styrene fatter, og om styrets saksbehandling går fram av protokollene. Det er også undersøkt om styrene har oversikt over status på oppfølgingen av egne vedtak, enten gjennom protokoller eller andre oversikter. For å se om de grunnleggende styringsdokumentene er på plass, har revisjonen gjennomgått instruks for styret og daglig leder og overordnede retningslinjer for risikostyring og internkontroll.

Det er i tillegg gjennomført en dokumentanalyse av innhentet dokumentasjon fra Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene for å undersøke hva slags opplæring styremedlemmene får, og hvordan valg av nye styremedlemmer foregår. Dokumentasjonen omfatter blant annet styrets egne evaluering, presentasjonsmaterieell fra styreseminarer, eventuelle rutiner og for opplæring og styrevalg. Det er også hentet inn eventuell dokumentasjon fra styrevalgene i 2016 og 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet, og tilsvarende dokumentasjon er hentet inn fra de regionale helseforetakene for styrevalget i 2016.

Styrene i de tre private ideelle sykehusene som er omfattet av undersøkelsen,¹⁹ er ikke pålagt å ha åpne styremøter, slik foretakene som hovedregel skal ha. Revisjonen har derfor ikke tilgang til alle styredokumentene deres,²⁰ og dette gjør dokumentanalysen av disse sykehusene noe mer begrenset. Revisjonen har bedt om instruks for styret og

17) Informasjonen som er tilgjengelig på foretakenes nettsider, er lastet ned og analysert. I tillegg ble det hentet inn ytterligere dokumentasjon per brev. Når det gjelder internrevisjonsrapportene, er enkelte rapporter som ikke dekkes av denne undersøkelsens tematikk, utelatt. Det gjelder revisjon av avtalelojalitet, behandlingshjelpemidler ved Sykehusinnkjøp HF og Sørlandet Sykehus HF og revisjon av forvaltning av programvarelisenser ved Sykehuspartner HF, Oslo universitetssykehus HF og Sykehuset i Telemark HF.

18) I de tilfellene det ikke forelå månedsrapport for oktober, ble månedsrapporten for september lagt til grunn i analysen.

19) Helseforetaksloven § 2 a.

20) Åpne styremøter er regulert i helseforetaksloven § 26 a. Styrene i foretakene kan likevel vedta å behandle saker for lukkede dører der det følger av lovbestemt taushetsplikt eller det foreligger et reelt og saklig behov, jf. helseforetaksloven § 26 a andre ledd.

daglig leder, protokoller fra alle styremøter i 2017, ledelsens gjennomgang og styrets behandling av denne, måneds-/tertialrapporter og risikoanalyser og annet saksgrunnlag som er relevant for styrets oppfølging av kvaliteten og pasientsikkerheten i sykehuset for 2017, og overordnede retningslinjer for risikostyring og internkontroll.

2.2 Spørreundersøkelser

I februar 2018 ble det sendt ut to spørreundersøkelser. Den ene spørreundersøkelsen ble sendt til alle styremedlemmene i de 20 helseforetakene og i tre private ideelle sykehus. Den andre spørreundersøkelsen ble sendt til alle styremedlemmene i de fire regionale helseforetakene. I den første gruppen var svarprosenten 81, og i den andre gruppen var svarprosenten 84. Frafallsanalysen viser at det ikke er noen systematiske skjevheter i utvalget. I begge gruppene var respondentene styremedlemmer som hadde sittet i styret i 2017.²¹

Formålet med spørreundersøkelsene var å få styremedlemmenes oppfatning om utvalgte deler av styrets arbeid og fange opp informasjon styremedlemmene kan ha fått utover den skriftlige dokumentasjonen. Temaene i spørreundersøkelsene var opplæring til styremedlemmer, styrenes egevalueringer, bruk av kvalitetsindikatorer, uønskede hendelser, interne revisjoner, risikostyring, styrenes saksbehandling og saksdokumentene styrene behandler.

Med noen få unntak var spørsmålene de samme i de to spørreundersøkelsene. Det ble gjort noen tilpasninger i spørreundersøkelsen til de regionale helseforetakene fordi disse styrene har et mer overordnet ansvar enn de underliggende helseforetakene.

2.3 Analyse av tilgjengelig statistikk

Revisjonen har analysert helseforetakenes resultater på utvalgte kvalitetsindikatorer innenfor tolv områder. Datagrunnlaget er hentet fra Helsedirektoratets nettsider helsenorge.no. Indikatorene er analysert på helseforetaksnivå²², og i all hovedsak er dataene for 2016.²³ Formålet med analysen er å vurdere hvorvidt helseforetakenes resultater på indikatorene tilsier at styrene bør følge opp helseforetakets resultater og tiltak innenfor de aktuelle områdene.

For å komme fram til de tolv utvalgte indikatorområdene har revisjonen lagt til grunn flere prinsipper. Samlet sett skal områdene dekke både indikatorer som har fastsatte mål (i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet eller anbefalte mål fra Helsedirektoratet), og indikatorer uten slike fastsatte mål. Det skal være indikatorer av relevans for sentrale deler av spesialisthelsetjenesten. Indikatorene skal samlet sett dekke et bredt spekter av pasientgruppene. De skal dekke flere dimensjoner av begrepet «kvalitet», og de skal dekke både psykisk og somatisk helsetjeneste. Revisjonen har gjennomført møter med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet for å diskutere hvilke indikatorområder som vil være mest relevante å undersøke basert på formålet med revisjonen. Indikatorer for ventetider, fristbrudd og pakkeforløp for kreft er ikke inkludert i analysen. Begrunnelsen for dette er at nesten alle helseforetakene rapporterer til styrene om statusen på disse tre områdene, uavhengig av resultat.

21) Når det gjelder Lovisenberg, ble tre av styremedlemmene byttet ut i desember 2017. Siden de nye medlemmene ikke kunne svare for styrets arbeid i 2017, ble spørreundersøkelsen sendt til styret som hadde sittet fram til desember 2017. Det var også fire personer som satt i to styre hver. Der disse var styreleder i ett av styrene, ble personen bedt om å svare med utgangspunkt i dette styret. Der de var vanlige styremedlemmer i to styre, ble styret personen skulle svare med utgangspunkt i, valgt tilfeldig.

22) Enkelte indikatorer er bare publisert på sykehus-/klinikknivå. Dette gjelder alle indikatorer om barnediabetes og for noen helseforetak på indikatoren om pasientskader (målt med GTT). Se vedlegg 2 for mer informasjon.

23) For enkelte indikatorer har revisjonen også sett på utvikling over tid, men det perioden hvor utvikling er analysert varierer mellom indikatorene. For enkelte indikatorer er det også beregnet gjennomsnitt for flere årganger. Se vedlegg 2 for mer informasjon.

Tabell 1 Oversikt over områder og kvalitetsindikatorer som er inkludert i analysen

Indikatorområde	Delindikator – kvalitetsindikator	Hovedregel brukt for å angi negativt resultat
Korridorpasienter	Andel korridorpasienter på sykehus	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.
Reinnleggelser	Sannsynlighet for reinnleggelse av eldre pasienter ved somatiske sykehus	Folkehelseinstituttets rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre.
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus	30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus uansett årsak 30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerneslag 30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerteinfarkt	Folkehelseinstituttets rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre.
Sykehusinfeksjoner	Andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet	Nivået er lik eller høyere enn 3,5 prosent (landsgjennomsnittet i 2016 og mål i oppdragsdokumentet for 2018), eller hvis andelen har økt.
Tvang	Andel tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne. Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet, eller andelen har økt (krav i oppdragsdokumentet å redusere bruk av tvang).
Antibiotika	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet, eller andelen har økt.
Trombolyse	Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet innen 40 min etter innleggelse. Andel pasienter 18–80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	Nivået er under kravet i oppdragsdokumentet om 50 prosent. Nivået er et halvt standardavvik under landsgjennomsnittet.
Barnediabetes	Andel pasienter med akutt komplikasjon siste måleperiode Andel pasienter som hadde HbA1c $\geq 9,0\%$, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll Andel pasienter som hadde HbA1c $< 7,5\%$, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet (gjelder indikatorene om akutte komplikasjoner og HbA1c $\geq 9,0\%$). Nivået er et halvt standardavvik under landsgjennomsnittet (gjelder indikator HbA1c $< 7,5\%$)
Fødselsrifter	Andel store rifter blant alle vaginalt fødende Andel store rifter blant førstegangsfødende som føder vaginalt Andel store rifter blant førstegangsfødende forløst instrumentelt	Nivået er et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.
Hjemmedialyse	Andel pasienter med kronisk nyresvikt som får hjemmedialyse første dag i tertialet	Estimert andel er under 30 prosent (krav i oppdragsdokumentet)
Pasientskader*	Andel pasientskader målt ved journalgjennomgang – Global Trigger Tool (GTT)	Reduksjonen har vært mindre enn kravet i oppdragsdokumentet på 25 prosent nedgang fra 2012 til 2018
Overlevelse 5 år etter behandling av kreft	5 års relativ overlevelse etter behandling av – brystkreft – lungekreft – tykktarmkreft – endetarmskreft – høyrisiko prostatakreft	Nivået er under fastsatt mål i omtale av hver enkelt delindikator på helsenorge.no

* Andel pasientskader målt gjennom Global Trigger Tool er ingen nasjonal kvalitetsindikator. Det er imidlertid en måling av pasientskader som skal rapporteres i årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet, og det er satt som mål fra Helse- og omsorgsdepartementet at andel pasientskader målt med GTT skal reduseres med 25 prosent fra 2012 til 2018.

Tabell 1 viser oversikt over de 12 utvalgte indikatorområdene, og hvilke delindikatorer som ligger til grunn for hvert område. Enkelte områder har bare en indikator, mens andre områder har flere delindikatorer som til sammen beskriver området. Revisjonens valg av delindikatorer er basert på hvilken informasjon som er tilgjengelig, og på en vurdering av relevans og pålitelighet.

Tabellen viser også en oversikt over hvordan grenseverdien mellom positivt og negativt resultat er satt for hver enkelt delindikator. I hovedsak er følgende framgangsmåter lagt til grunn for å angi grenseverdien:

1. *Hvorvidt helseforetaket har dårligere resultat enn landsgjennomsnittet.*
Grenseverdien er hovedsakelig beregnet som et halvt standardavvik²⁴ fra landsgjennomsnittet.
2. *Hvorvidt helseforetaket har hatt en negativ utvikling de siste årene.* Hvilken periode og hvor stor økningen/nedgangen må være for å få tildelt negativt resultat, varierer mellom indikatorene.
3. *Hvorvidt helseforetaket ikke har nådd, eller er på vei til å nå, fastsatte mål i oppdragsdokumentet eller faglige mål.*
4. *Beregninger gjennomført av Folkehelseinstituttet i omtale av hver enkelt indikator og som angir hvilke helseforetak som har signifikant dårligere resultat enn andre.*

Vedlegg 2 gir en fullstendig oversikt over hvilke beregninger som er gjort for hver delindikator, hvilke regler som er brukt for å angi negativt resultat samlet sett for hvert enkelt indikatorområdet, og eventuelle unntak fra regelen.

2.4 Intervjuer

For å få en bedre forståelse av hvordan styrene følger opp kvalitet og pasientsikkerhet, og hvilke utfordringer og muligheter styrene har i dette arbeidet, har revisjonen gjennomført individuelle intervjuer med styremedlemmer og deler av administrasjonen i fire utvalgte foretak.²⁵ Med utgangspunkt i funn fra dokumentanalysen og spørreundersøkelsen er det gjort et utvalg på fire foretak som hadde ulik grad av involvering fra styret i kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet. For å få en best mulig forståelse for styrearbeidet har revisjonen gjennomført intervjuer med informanter som har ulike roller. I to av foretakene er administrerende direktør, ansattvalgt styremedlem og styreleder intervjuet. I de to andre er i tillegg medisinsk fagsjef intervjuet.

Revisjonen har også gjennomført intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet og de fire regionale helseforetakene for å belyse prosessen med valg av styremedlemmer og opplæringen som gis til nye styremedlemmer. I tillegg er det gjennomført intervju med Nærings- og fiskeridepartementet for å få informasjon om prosessen for å velge styremedlemmer. Prosessen til Nærings- og fiskeridepartementet er lagt til grunn som beste praksis.

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav til styrets overordnede tilsynsansvar

Det følger av helseforetaksloven at foretaket skal ledes av styret og en daglig leder.²⁶ Styret har det overordnede ansvaret for oppnåelse av de helsepolitiske målene som

24) Flere av indikatorene må tolkes med varsomhet. Grenseverdien er satt til et halvt standardavvik fra landsgjennomsnittet for å gjøre den mer robust.

25) Foretakene som ble valgt, var Sykehuset Innlandet HF, Helse Bergen HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Sør-Øst RHF. I tillegg ble det gjennomført et kort intervju med administrasjonen i Helse Vest, for å utdype enkelte funn fra dokumentanalysen.

26) Helseforetaksloven § 20.

settes for foretaket, at virksomheten i alle ledd drives forsvarlig, og at driften holdes innenfor de rammene som er satt.²⁷ I statens prinsipper for god eierstyring er det presisert at styrets rolle omfatter mer enn kontroll av selskapets ledelse, fordi styret også har det overordnede ansvaret for forvaltningen av selskapet.²⁸

Styrets rolle med å føre tilsyn med den daglige ledelsen og selskapets virksomhet er en av styrets kjerneoppgaver.²⁹ Tilsynsansvaret med virksomheten innebærer at styret skal forvisse seg om at foretaket er på rett kurs innenfor rammebetingelsene, sørge for internkontroll og risikostyring, og om nødvendig sørge for at korrigerende tiltak blir satt i verk.³⁰

De regionale helseforetakene skal hvert år lage en melding til departementet om året som har gått. Der skal de blant annet redegjøre for de kravene departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal også omfatte de helseforetakene det regionale helseforetaket eier.³¹

3.2 Krav til styrets ansvar for styringssystemet

Spesialisthelsetjenesteloven og helsetilsynsloven pålegger helseforetakene og sykehusene å ha et internkontrollsystem og sørge for at virksomheten og tjenestene planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav som er fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift.³² Det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten at det er daglig leder for foretakene som skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med forskriften.³³ Det går samtidig fram at styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene aktivt skal følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem. Styrene må sørge for å få informasjon om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.³⁴

Daglig leder har ansvaret for at virksomheten minst én gang årlig systematisk går gjennom og vurderer hele styringssystemet. Vurderingen skal gjøres opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at systemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.³⁵ Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfanget som er nødvendig.³⁶ Selv om daglig leder har ansvaret for gjennomgangen, skal styret selv danne seg en oppfatning om selskapets interne kontroll. Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøte stilt krav om at styret minimum én gang i året skal gjøre en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.³⁷

Styret skal påse at selskapet har hensiktsmessige systemer for risikostyring. Formålet med risikostyringen og selskapets interne kontroll er ikke å eliminere risiko, men å håndtere risikoer i virksomhetsutøvelsen på en forsvarlig måte. Styret bør være en ressurs, diskusjonspartner og støttespiller for selskapets ledelse. Samtidig må styret kontrollere ledelsens arbeid og dermed ha en uavhengig rolle.³⁸ Styret og toppledelsen

27) Ot.prop. nr 66 (2000–2001), kap. 4.10.

28) Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap, s. 66, prinsipp 7.

29) Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap.

30) Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak, s. 13.

31) Helseforetaksloven § 34.

32) Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og helsetilsynsloven § 3.

33) FOR-2016-10-28-1250 Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

34) Veileder og høringsnotat til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

35) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 8 f.

36) Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 5.

37) Foretaksmøter i januar 2008 og januar 2012.

38) Meld. St. 27 (2013–2014) Et mangfoldig og verdiskapende eierskap, s. 71.

setter tonen på toppen for viktigheten av internkontroll, og det er god praksis at styret etablerer retningslinjer for og forventninger til hvordan styret skal føre tilsyn med virksomhetens internkontroll. Styret bør utfordre ledelsen når det er nødvendig, stille de vanskelige spørsmålene og søke innspill og støtte fra internrevisorer, eksterne revisorer og andre.³⁹

De regionale helseforetakene har etablert internrevisjoner som blant annet skal sikre at virksomhetene driver systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Hensikten med å etablere en lovfestet internrevisjon er at den skal være en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsfunksjon som skal tilføre merverdi og forbedre virksomhetens drift. Internrevisjonen skal ha en viktig rolle på vegne av styret når det gjelder å påse at virksomheten har etablert god risikostyring og internkontroll, og at det etterleveres i praksis.⁴⁰

3.3 Krav til styrets sammensetning og kompetanse

Rekrutteringen av gode styrer er en vesentlig del av eierstyringen. En av de viktigste oppgavene for staten som eier er å sørge for godt sammensatte og kompetente styrer som forvalter ansvaret på vegne av fellesskapet.⁴¹ Krav til styrets sammensetning går fram av helseforetaksloven.⁴² Styremedlemmene skal styre til beste for foretaket.⁴³ Helseforetaksloven stiller ingen kompetansekrav til styremedlemmene, men for å sikre en forsvarlig eierforvaltning må styret settes sammen på en slik måte at det til sammen har den nødvendige kompetansen til å ivareta oppdraget og ansvaret styret pålegges. Det er understreket at styret i et regionalt helseforetak derfor må ha tilstrekkelig kompetanse om pasientrollen og pasientenes interesser, og om primærhelsetjenesten.⁴⁴

I selskaper med sektorpolitiske mål bør det være balanse mellom styremedlemmer som har kompetanse om de relevante sektorpolitiske oppgavene, og styremedlemmer med kompetanse på selskapsledelse og forretningsmessig virksomhet. I tillegg må styret settes sammen slik at det har kompetanse som står i forhold til de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk.⁴⁵ Det bør legges vekt på at styret har tilstrekkelige forutsetninger til å foreta selvstendige vurderinger av ledelsens saksframlegg og selskapets virksomhet.⁴⁶

Norsk anbefaling for eierstyring og selskapsledelse (NUES) anbefaler at selskaper setter ned en valgkomité som skal forberede styrevalget. Anbefalingen gjelder i utgangspunktet bare børsnoterte selskaper. I de senere årene er det imidlertid også mange andre selskaper som har satt ned en valgkomité for å forberede styrevalget.⁴⁷ Komiteens oppgave er i første rekke å vurdere styrets arbeid og fremme forslag om styremedlemmer for generalforsamlingen.⁴⁸ Innstillingen med forslag til nye styremedlemmer bør begrunnes. Begrunnelsen bør blant annet inkludere informasjon om

39) COSO (the Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission): *Helhetlig risikostyring - et integrert rammeverk*, og Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi* og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse»

40) Prop. 120 L (2011–2012) *Endringer i helseforetaksloven kap. 11.4.*

41) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 70.

42) Helseforetaksloven §§ 21, 22 og 23.

43) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi* og Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak

44) Ot.prp. nr. 66 (2000–2001), kap. 7.

45) Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak.

46) NUES.

47) Dokument av 9. oktober 2017 utgitt av Nærings- og fiskeridepartementet om statsrådens forvaltning av statens eierskap i selskaper som staten eier alene eller er deleier i.

48) Dokument av 9. oktober 2017 utgitt av Nærings- og fiskeridepartementet om statsrådens forvaltning av statens eierskap i selskaper som staten eier alene eller er deleier i.

kandidatenes kompetanse, kapasitet og uavhengighet. Styret må ha kapasitet til å utføre sine oppgaver. I praksis betyr det at styremedlemmene hver for seg må ha tilstrekkelig tid til å utføre styrevervet.⁴⁹

Styret har selv et ansvar for å evaluere og videreutvikle kompetansen.⁵⁰ I veileder for styrearbeid i regionale helseforetak går det fram at styret skal gjennomføre evaluering av egen virksomhet én gang per år. Evalueringen kan avdekke områder der nåværende praksis må klargjøres eller endres. Resultatet av evalueringen skal presenteres og behandles i et senere styremøte. Styret må klargjøre hva som er styrets viktige oppgaver og foretakets utfordringer, slik at evalueringen kan gjøres ut fra dette. Styrets evaluering av eget arbeid er først og fremst et verktøy for internt forbedringsarbeid i styret (utviklingsevaluering).⁵¹ Det bør gis en oversikt over eventuelle tiltak som er satt i gang for å bedre styrearbeidet.⁵²

Styret skal også oppsummere og formidle deler av resultatene av evalueringen til eieren i en årlig melding og på forespørsel. Hensikten er at eieren skal få et bedre kunnskapsgrunnlag for å vurdere styrets fungeringsmåte – særlig om styrets sammensetning er hensiktsmessig for å ivareta oppgaver og utfordringer (rekrutteringsevaluering).⁵³ Som grunnlag for å vurdere gjenvalg og utskiftninger av styremedlemmer bør departementet skaffe seg et godt faktagrunnlag om hvor godt styremedlemmene og styret klarer å løse selskapets utfordringer. Dette kan for eksempel skje gjennom kontakt med styremedlemmer og daglig ledelse.⁵⁴

Styret skal videre legge til rette for at styremedlemmene får nødvendige kompetanse til å ivareta styrevervet, og bør sørge for tiltak for å heve kompetansen når det er nødvendig. Det vil ofte være hensiktsmessig med et introduksjonsprogram for nye styremedlemmer som for eksempel gir en detaljert innføring i selskapet og selskapets strategi, samt en beskrivelse av bransjen. Gode styrer legger ofte til rette for at kompetanseutviklingen bygger på styrets identifiserte kompetansebehov i tiden framover.⁵⁵

4 Fakta

I 2017 gjennomførte hvert av styrene i helseforetakene (HF-ene), de regionale helseforetakene (RHF-ene) og i de private ideelle sykehusene mellom sju og elleve ordinære styremøter, og behandlet mellom 67 og 130 styresaker hver. Samtlige styrer har et årshjul eller en møteplan som angir møtefrekvens og hvilke saker som skal behandles, jf. figur 1.

49) Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse.

50) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*) og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse», pkt. 9.

51) Veileder om styrearbeid i regionale helseforetak.

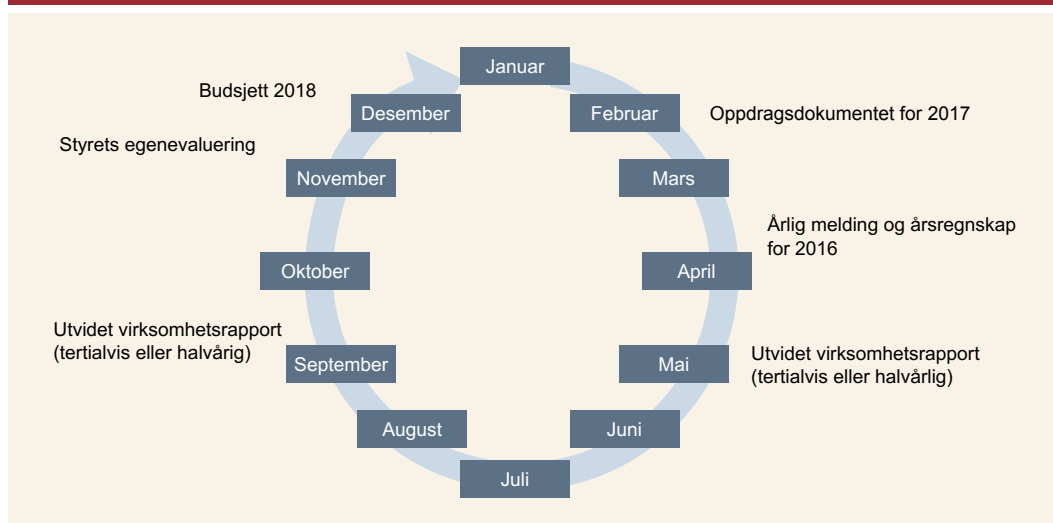
52) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*) og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse».

53) Styrearbeid i regionale helseforetak.

54) Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*) og «Norsk anbefaling om eierstyring og selskapsledelse».

55) Meld. St. 27 (2013–2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*, s. 76.

Figur 1 Typisk årshjul med tidspunkt for behandling av faste saker



Kilde: Dokumentanalyse av styreprotokoller og styrenes møteplaner for 2017.

I tillegg til mer utvidede virksomhetsrapporter tertialvis eller halvårlig behandler et flertall av styrene månedlige virksomhetsrapporter på hvert styremøte. De månedlige rapportene inneholder stort sett status på nøkkelindikatorer for økonomi, aktivitet, kvalitet og bemanning, mens de utvidede virksomhetsrapportene er mer omfattende.

Behandlingen av årlig melding skal sikre at eieren får rapportering om de kravene som er satt i foretaksmøter og oppdragsdokumenter for året. Både de regionale helseforetakene, helseforetakene og de private ideelle sykehusene mottar oppdragsdokumenter.

4.1 Informasjonen styrene behandler om kvalitet og pasientsikkerhet Virksomhetsrapporteringen

Virksomhetsrapporteringen, i form av månedsrapporter og utvidede virksomhetsrapporter, er det viktigste grunnlaget for styrenes løpende oppfølging av målene som er satt for virksomhetene. Helse- og omsorgsdepartementet satte tre overordnede styringsmål til de regionale helseforetakene i 2017. Det ble også satt mer spesifikke resultatmål og krav til andre typer oppgaver for hvert av styringsmålene, jf. faktaboks 1. Målene ble videreformidlet til de underliggende HF-ene og de tre private ideelle sykehusene.⁵⁶

56) Målene ble videreformidlet til de tilfellene der virksomhetene utfører de aktuelle oppgavene. For eksempel er ikke bruk av tvang aktuelt for alle.

I oppdragsdokumentene gir Helse- og omsorgsdepartementet den helsepolitiske bestillingen til RHF-ene. I 2017 var de tre styringsmålene i oppdragsdokumentet, med tilhørende resultatmål, følgende:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen:
 - Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenlignet med 2016.
 - Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager i alle regioner.
 - Det skal ikke oppstå fristbrudd.
 - Andelen nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp, skal være minst 70 prosent.
 - Andelen pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp, skal være minst 70 prosent.
 - Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene.
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling:
 - Oppnå høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk (måles i ventetid, kostnader, årsverk og aktivitet).
 - Redusere antall tvangsinnleggelser innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenlignet med 2016.
 - Registrere, med mål om å redusere, antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.
 - Registrere, og sikre færrest mulig, avbrudd i døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet:
 - Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.
 - Minst 50 prosent av pasientene med hjerneinfarkt skal få trombolysbehandling innen 40 minutter etter innleggelse
 - Ingen korridorpasienter.
 - Andelen dialysepasienter som får hjemmedialyse, skal være minst 30 prosent.
 - 30 prosent reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenlignet med 2012.

I foretaksmøtene for 2017 ble det samtidig stilt krav om å videreføre arbeidet med å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med HMS.

Kilde: Oppdragsdokumentene og foretaksmøteprotokollene for 2017.

Analysen av virksomhetsrapporteringen i 2017 til styrene i RHF-ene, HF-ene og de tre private ideelle sykehusene viser at det er enkelte resultatmål som fikk stor oppmerksomhet i samtlige styrever. Målene om ventetider og fristbrudd ble gjennomgående høyt prioritert, både i saksframleggene som oppsummerer det viktigste innholdet, og i rapportene som legges ved saken.

De tertialvise og halvårlige rapportene inneholder stort sett mer informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet enn den månedlige rapporteringen. Årsaken til dette er at flere av temaene ikke egner seg for månedlig rapportering. De fleste tertial/halvårsrapportene inneholder i større grad informasjon om blant annet uønskede hendelser, antibiotikaforbruk, sykehusinfeksjoner og bruk av tvang.

En analyse av utvalgte måneds- og tertialrapporter viser at de fleste HF-styrene fikk informasjon om utviklingen over tid på sentrale indikatorer som ventetid, fristbrudd og pakkeforløp. Analysen viser imidlertid at det varierer hvor konkrete tiltaksbeskrivelser styrene fikk der det ble presentert utfordringer med kvalitet og pasientsikkerhet. Enkelte var svært generelle – for eksempel at «det jobbes med forbedringer». Åtte

HF-styrer⁵⁷, fikk i liten grad konkrete tiltaksbeskrivelser sammenlignet med de andre HF-styrene. Alle HF-styrene i Helse Vest fikk tiltaksbeskrivelser.

Dokumentanalysen viser videre at få styrer fikk informasjon som viser sammenligninger med andre helseforetak og regioner. Tre av fire HF-styrer i Helse Vest og enkelte HF-styrer i Helse Sør-Øst og Helse Nord fikk slike sammenligninger. I Helse Midt-Norge var det ingen av HF-styrene som fikk presentert sammenligninger i de utvalgte måneds- og tertialrapporteringene.

I spørreundersøkelsen oppgir 27 prosent av styremedlemmene i HF-ene at de har bedt om flere sammenligninger. Analysen viser at styremedlemmene i Helse Vest i større grad enn styremedlemmene i de øvrige tre foretaksgruppene oppgir at de ber om sammenligninger.⁵⁸

Virksomhetsrapportene på RHF-nivå viser at alle RHF-styrene fikk presentert sammenligninger, både innad i egen foretaksgruppe og med andre RHF. RHF-styrene fikk også presentert utvikling over tid og beskrivelser av tiltak.

En analyse av virksomhetsrapportene til de tre private ideelle sykehusene viser at alle styrene får presentert beskrivelse av tiltak og utvikling over tid, mens to av tre styrer⁵⁹ får presentert sammenligninger.

Andre saker om kvalitet og pasientsikkerhet

Hvilke type saker styrene setter opp om kvalitet og pasientsikkerhet utover den faste rapporteringen, og om disse prioriteres høyt eller lavt på agendaen, kan indikere hvor opptatt styret er av kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i foretakene.

Figur 2 Antall HF-styrer som satte opp ulike typer saker på agendaen i 2017 (N = 20 styrer)



Kilde: Dokumentanalyse av styreprotokoller fra HF-ene.

Figur 2 viser at de fleste styrene på HF-nivå behandlet minst en sak i 2017 som var en oppfølging av et kvalitetstema (her omtalt som dypdykk).⁶⁰ Flere av dypdykkene var oppfølging av områder med konkrete utfordringer, som for eksempel forbruket av antibiotika og utfordringer med ventetider og fristbrudd i barne- og ungdomspsykiatrien.

57) Helgelandssykehuset HF, Finnmarkssykehuset HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Ahus HF, Sykehuset Østfold HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Innlandet HF og Sørlandet sykehus HF.

58) I Helse Vest oppgir 38 prosent av styremedlemmene at de ber om sammenligninger. I de andre foretaksgruppene oppgir mellom 22 og 24 prosent det samme.

59) Haraldsplass Diakonale sykehus får ikke sammenligninger.

60) Egen sak vil her si at styret fikk informasjonen som orienteringssak, eller til behandling, og ikke som en del av annen rapportering.

Under halvparten (sju) av alle HF-styrene hadde imidlertid et helsefaglig tema om kvalitet på agendaen på hvert styremøte.

Brukererfaringer er sentralt i arbeidet med å skape pasientens helsevesen. Representanter fra brukerutvalgene deltar med tale- og forslagsrett på styremøtene. I tillegg er det også flere andre måter styrene kan få belyst brukerperspektivet på, som ellers i liten grad inngår i den løpende virksomhetsrapporteringen. Figur 2 viser at omtrent halvparten av styrene enten satte opp egne saker med informasjon fra brukerutvalget og/eller pasient- og brukerombudet i 2017. Det var få av styrene som ble orientert om resultatene fra brukerundersøkelser i egne saker. Helsedirektoratets brukerundersøkelser om pasientopplevd kvalitet (PasOpp), hvor det både publiseres nasjonale rapporter og egne rapporter per foretak, ble satt opp som egen sak i bare to av styrene.⁶¹ Det er bare foretakene i Helse Vest som i 2017 har behandlet egne brukerundersøkelser som er gjennomført i foretaksgruppen.

Figur 2 viser videre at ti av HF-styrene behandlet egne saker om uønskede hendelser. Dokumentanalysen viser at seks av disse regelmessig fikk presentert alvorlige hendelser eller pasienthistorier i styremøtene.⁶² Styremedlemmene i to av foretakene som fikk presentert slike gjennomganger, forteller i intervju at erfaringene med dette er gode, og at de får en annen type innsikt i pasientbehandlingen enn gjennom øvrig rapportering. Bruk av pasienthistorier i styremøtene har vært anbefalt av Pasient-sikkerhetsprogrammet og i internasjonal litteratur om styrets involvering i pasient-sikkerheten.⁶³

I oppdragsdokumentene har det vært presisert at pasientsikkerhet skal ses i sammenheng med arbeidsmiljø. Dokumentanalysen viser likevel at disse områdene i liten grad ses i sammenheng. Det er for eksempel ingen av styrene i HF-ene som i 2017 fikk presentert pasientrelaterte hendelser i sammenheng med sykefravær, arbeidspress eller lignende. Enkelte styrer fikk likevel presentert mer kvalitativ informasjon om risikoen for at arbeidsmiljøet kan ha konsekvenser for pasient-sikkerheten. For eksempel fikk styret ved St. Olavs hospital HF slike sammenhenger belyst i den årlige samlede gjennomgangen av styringssystemet (ledelsens gjennomgang). Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at i 2018 har alle helseforetakene og de regionale helseforetakene gjennomført en undersøkelse som kartlegger både pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø. Departementet viser til at alle foretakene har utarbeidet en plan for oppfølging av resultatene.⁶⁴

I intervjuer med styremedlemmer som har sittet i styrene over en lengre periode, gir de uttrykk for at kvalitet og pasientsikkerhet er mer framtreddende i styrearbeidet enn tidligere. Flere understreker samtidig at det er langt enklere å bruke tid på kvalitets-saker når økonomien er i orden. Dokumentanalysen viser imidlertid ikke at foretakene som nådde de økonomiske resultatkravene, i større grad enn andre prioriterte egne saker om kvalitet og pasientsikkerhet i 2017.⁶⁵

Dokumentanalysen av styreprotokollene viser at det ikke er vesentlige forskjeller i hvilke type saker om kvalitet og pasientsikkerhet styrene i de private ideelle sykehusene og HF-styrene behandler, men at det er enkelte regionale forskjeller. Helse Vest og Helse Nord er de foretaksgruppene hvor flest HF-styrer behandler flere egne

61) Folkehelseinstituttet publiserte i september 2017 PasOpp-undersøkelse av Pasienters erfaringer med døgnoophold innen psykisk helsevern, og i november 2016 en brukerundersøkelse om Pakkeforløp for kreft.

62) Nordland HF, Finnmark HF, UNN HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Telemark HF og Innlandet HF.

63) How-to Guide: Governance Leadership (Get Boards on Board). Institute for Healthcare Improvement Cambridge, Massachusetts, USA.

64) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet og rapport av 25. juni 2018.

65) De økonomiske resultatene for HF er undersøkt i sammenheng med funn fra dokumentanalysen.

saker om kvalitet og pasientsikkerhet.⁶⁶ Blant de regionale helseforetakene behandlet styret i Helse Vest RHF flere egne saker om kvalitet og pasientsikkerhet enn de tre andre regionale helseforetakene. I brev fra Helse- og omsorgsdepartementet viser departementet til at alle styrene også har styreseminarer der pasientsikkerhet og kvalitet kan være tema.⁶⁷

Informasjon om områder der det er utfordringer med kvalitet og pasientsikkerhet

Styrene har flere måter å følge opp områder der kvaliteten og pasientsikkerheten ikke er god nok. To sentrale kilder til informasjon om slike områder er nasjonale kvalitetsindikatorer og risikorapporteringen fra administrasjonen til styret.

Resultater fra kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten kan gi viktig informasjon om hvordan helseforetakene utvikler seg på en rekke områder i pasientbehandlingen, og hvordan de ligger an sammenlignet med andre foretak. I det løpende kvalitetsarbeidet bør indikatorene som regel ikke tolkes separat, men ses i sammenheng med annen kunnskap om kvaliteten på samme område.

Revisjonen har analysert 12 utvalgte indikatorområder for å finne ut på hvilke områder de ulike helseforetakene har negativt resultat, hvorvidt styrene får informasjon om negative resultater, og om det eventuelt er satt i gang tiltak for å forbedre situasjonen.

Figur 3 viser hvorvidt styrene har fått informasjon om resultater og igangsatte tiltak i tilfeller der helseforetaket har negative⁶⁸ resultater for de 12 utvalgte områdene. Indikatorområdene i figur 3 er alle kvalitetsindikatorer som på hver sin måte kan gi relevant informasjon til styrene som del av deres kontroll og oppfølging av helseforetakenes forbedringsarbeid. Disse områdene dekker flere dimensjoner av begrepet *kvalitet*.

Faktaboks 2 Nærmere om Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Det er publisert mer enn 100 kvalitetsindikatorer om spesialisthelsetjenesten på helsenorge.no. Indikatorene måler seks ulike dimensjoner av kvalitet på tjenesten: hvorvidt helsetjenesten er tilgjengelig, om behandlingen virker, om tjenesten er trygg og sikker, om tjenesten er samordnet og preget av kontinuitet, om den involverer brukerne og om den utnytter ressursene på en god måte.

Det er vanlig å dele inn i tre typer indikatorer:

- strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m.)
- prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet, for eksempel diagnostikk, behandling)
- resultatindikatorer (sier noe om utfallet/resultatet av behandlingen, for eksempel overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

5 av de 12 utvalgte indikatorområdene er prosessindikatorer: korridorpasienter, tvang, antibiotika, trombolysse, hjemmedialyse. De øvrige 7 utvalgte indikatorområdene er resultatindikatorer.

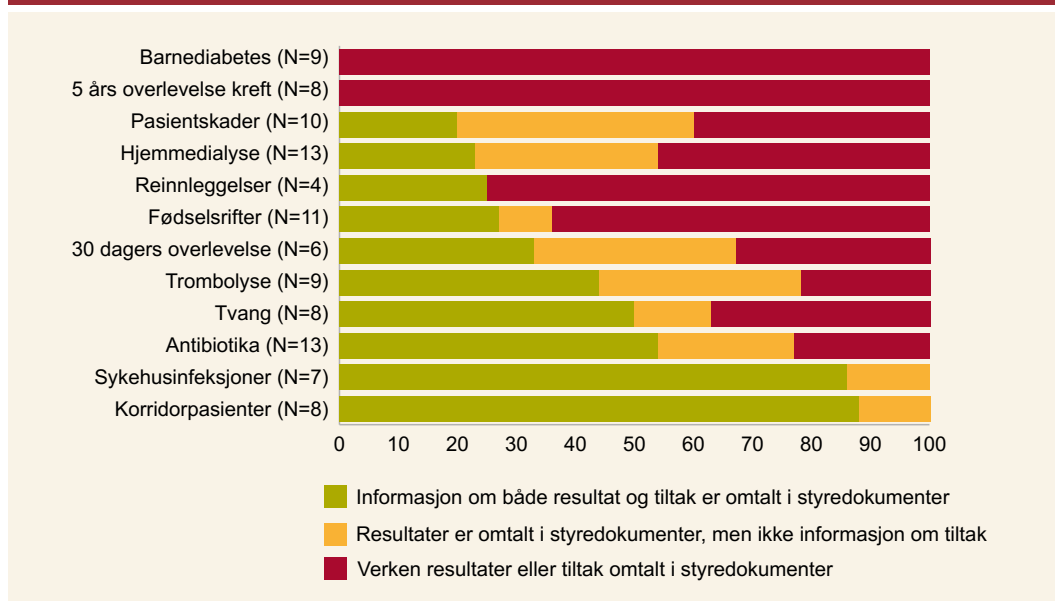
Kilde: <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

66) I gjennomsnitt fem saker i Helse Vest og Helse Nord, fire i Helse Sør-Øst og tre i Helse Midt-Norge.

67) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet og rapport av 25. juni 2018.

68) Når et helseforetak får kategorien «negativt resultat» på en indikator, betyr det i de fleste tilfeller at helseforetaket har minst et halvt standardavvik dårligere resultat enn landsgjennomsnittet. For enkelte indikatorer er det også analysert utviklingen over tid. Poenget er at resultatet er av en slik art at helseforetaket bør se nærmere på område og vurdere om det er behov for å sette i gang tiltak for å øke kvaliteten eller pasientsikkerheten. Se detaljer i metodekapittelet og vedlegg 2.

Figur 3 Helseforetak* som har negativt resultat per indikator, fordelt etter om styrene har fått informasjon om resultat og tiltak. Prosent. (N=antall helseforetak med negativt resultat på den aktuelle indikator).



*) Det er til sammen 19 helseforetak som er med i analysen som ligger til grunn for figuren. De regionale helseforetakene, Sunnaas sykehus og de tre private ideelle sykehusene er ikke med i figuren. Når det gjelder de private ideelle sykehusene, er det flere av de utvalgte indikatorene som ikke er publisert på Helsenorge.no. I de få tilfellene der de private ideelle sykehusene har negative resultater på de indikatorene som er publisert, får styrene i hovedsak informasjon om både resultater og tiltak.

Kilde: Kvalitetsindikatorer (helsenorge.no), tilsendt data om andel pasientskader målt med GTT i e-post fra Helsedirektoratet, dokumentanalyse av styredokumenter.

Figur 3 viser at det er flere kvalitetsindikatorer hvor helseforetakene har negativt resultat uten at styrene har fått informasjon om verken resultater eller tiltak (rød stolpe).

Et fellestrekk ved de fleste av indikatorene hvor et mindretall av styrene får informasjon om både resultat og tiltak, er at de er såkalte resultatindikatorer (faktaboks 2). En resultatindikator er en kvalitetsindikator som sier noe om effekten av behandlingen. Negativt resultat på ett eller flere av disse områdene kan være indikasjoner på at helseforetaket har et forbedringspotensial når det gjelder pasientsikkerhet og kvalitet på behandlingen, og kan dermed være relevant informasjon for styret i oppfølgingen av helseforetakets forbedringsarbeid. Det at ingen eller få styrever får informasjon om negative resultater på disse indikatorene, kan dermed ikke forklares med at de ikke er relevante for kvaliteten på behandlingen.

Fire av de fem indikatorene flest styrever får informasjon om (se figur 3), er såkalte prosessindikatorer. Dette er kvalitetsindikatorer som beskriver ulike aktiviteter i pasientforløpet, og er indikatorområder de fleste styrever uansett får informasjon om både når resultatet er positivt og negativt. I mange helseforetak er dette faste temaer i den jevnliggjorte virksomhetsrapporten (se kapittel 4.1 om virksomhetsrapporteringen), noe som medfører at styrever får informasjon om disse områdene uavhengig av hva resultatet på indikatorene viser.

Analysen viser at hva som er angitt som krav i oppdragsdokumentet, er mer førende for hvilke kvalitetsindikatorer styrever skal få informasjon om, enn hvilke kvalitetsindikatorer det enkelte helseforetaket har negative resultater på.

Et fellestrekk ved indikatorene flest styre får informasjon om (jf. figur 3), er at de er nevnt med fastsatte mål i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 (se faktaboks 1). Tilsvarende viser analysen at de indikatorområdene få eller ingen styre får informasjon om, ikke er nevnt med spesifikke mål i oppdragsdokumentet. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet står det imidlertid at helseforetakene også bør følge med på de andre kvalitetsindikatorene, utover de indikatorene som har fastsatte mål.

I intervjuene med styremedlemmer var det flere som pekte på at krav i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet har stor betydning for hvilke områder og kvalitetsindikatorer styrene får informasjon om. I tillegg nevnte flere styremedlemmer at saker i media, tilsynssaker og funn fra internrevisjoner har betydning for hvilke saker styret får informasjon om, og også påvirker hva styremedlemmene selv tar opp på styremøter.

Noen helseforetak får oftere informasjon enn andre både om resultat og tiltak når kvalitetsindikatorene viser negative resultater. Tabell 2 gir en oversikt over hvilke helseforetak som får informasjon om negative resultater på de 12 utvalgte indikatorområdene, og hvilke som ikke får slik informasjon.

Tabell 2 Oversikt over helseforetak etter i hvilken grad de får informasjon om negative resultater på 12 utvalgte kvalitetsindikatorer

Helseforetak hvor styret i størst grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for minst halvparten av indikatorområdene med negativt resultat.)	Helseforetak hvor styret i middels grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for minst tre indikatorområder, hvorav minst ett gjelder negativt resultat.)	Helseforetak hvor styret i minst grad har fått informasjon om negative resultater (Styret har fått informasjon om resultat og tiltak for mindre enn tre indikatorområder, eller styret har fått informasjon om tre indikatorområder, men ingen med negativt resultat.)
Sykehuset Østfold HF Helse Stavanger HF Helse Bergen HF St. Olavs hospital HF Nordlandssykehuset HF Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Vestre Viken HF Sørlandet sykehus HF Sykehuset Innlandet HF Oslo universitetssykehus HF Helse Møre og Romsdal HF Helse Førde HF Helse Fonna HF	Akershus universitetssykehus HF Sykehuset i Vestfold HF Sykehuset i Telemark HF Helse Nord-Trøndelag HF Helgelandsykehuset HF Finnmarkssykehuset HF

Kilde: Kvalitetsindikatorer (helsenorge.no), tilsendte data om andel pasientskader målt med GTT i e-post fra Helsedirektoratet, dokumentanalyse av styredokumenter.

Tabell 2 viser at det varierer både mellom foretaksgruppene og innad i foretaksgruppene hvorvidt styrene får informasjon om resultat og tiltak der det er negative resultater på de utvalgte kvalitetsindikatorene.

Fem av de seks helseforetakene som i størst grad informerer om negative resultater på kvalitetsindikatorene, skiller seg også ut ved at styrene får mer utfyllende informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet i styredokumentene.

Når det gjelder prioritering av hvilke indikatorer styret skal få informasjon om, har revisjonen bare funnet ett styre som aktivt har tatt stilling til hvilke indikatorer styret særskilt skal følge med på. Styret ved UNN HF styrebehandler årlig hvilke mål som skal prioriteres, og hvilke hovedindikatorer som kan brukes til å følge opp måloppnåelsen.⁶⁹

69) Styresak 101/2017 UNN HF.

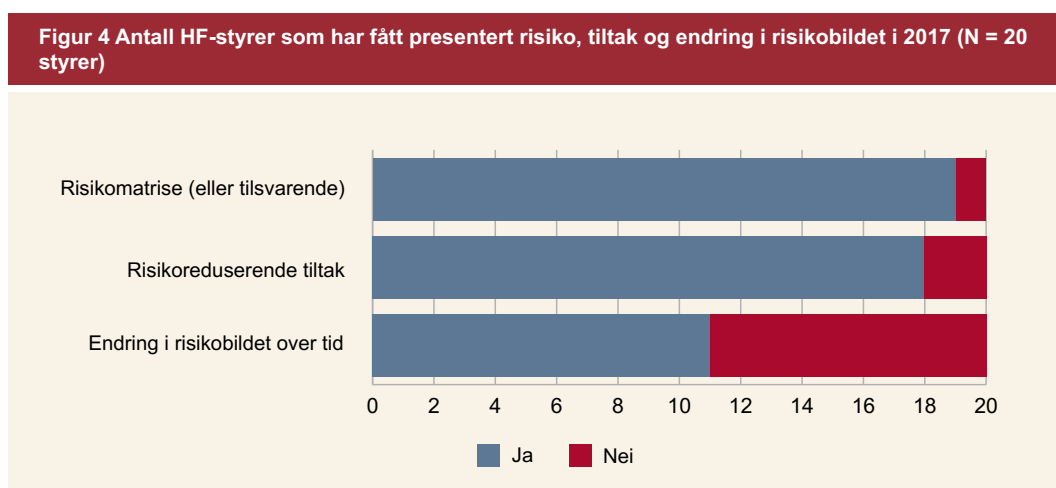
Når det gjelder å prioritere egne saker på styrets agenda som gjelder kvalitet og pasientbehandling, skiller styret i Nordlandssykehuset HF seg ut. Styret hadde flere egne styresaker på agendaen som handler om kvalitet i pasientbehandling og/eller pasientsikkerhet. Sammenlignet med andre styrer fikk styret ved Nordlandssykehuset HF også mye informasjon om det faglige innholdet i tjenestene, blant annet om resultater fra kvalitetsregistre.

Når det gjelder innholdet i informasjonen om tiltak, er det fire helseforetak – Helse Stavanger HF, St. Olavs Hospital HF, Helse Bergen HF og Nordlandssykehuset HF – som skiller seg ut ved at styrene får mer detaljert informasjon om tiltak og hva som er forventet effekt av tiltakene. De to førstnevnte har i tillegg en egen oversikt over helsefaglige tiltak i virksomhetsrapportene. Undersøkelsen⁷⁰ viser videre at det er få eksempler på at styrene følger opp om igangsatte tiltak gir ønsket effekt.

Risikorapportering om utfordringer til styrene

Risikorapportering kan være et godt verktøy for styrene i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan gi styret nødvendig informasjon om hvor det er størst risiko for å ikke nå målene, hva som gjøres for å redusere risiko, og hvor det må settes inn tiltak for å sørge for at foretaket når målene sine. Risikorapporteringen kommer i tillegg til måneds- og tertial/halvårsrapporteringen.

Figur 4 viser hva slags type informasjon styrene i helseforetakene fikk om risiko i 2017. Dette omfatter risiko også på andre områder enn kvalitet og pasientsikkerhet.⁷¹



Kilde: Analyse av styredokumenter på HF-nivå fra 2017.

Figur 4 viser at alle styrene i helseforetakene, med unntak av ett⁷², fikk informasjon om risiko i 2017. Videre viser figuren at de fleste styrene fikk noe informasjon om risikoreducerende tiltak.⁷³

Det går fram av figuren at drøyt halvparten av HF-styrene (11 av 20) fikk informasjon om endringer i risikobildet i løpet av året. Det vil si at styrene fikk informasjon om hvorvidt risikoene forholder seg på samme nivå eller har gått opp eller ned sammenlignet med forrige periode.

70) Funn fra dokumentanalyse, spørreundersøkelse og intervju bekrefter dette.

71) Her er det kun den overordnede risikovurderingen av måloppnåelse som er vurdert. Mange foretak gjennomfører også risikovurderinger på bestemte områder, som store investeringer og IKT-sikkerhet.

72) Helse Nord-Trøndelag HF.

73) Styrene i Helse Nord-Trøndelag HF og Ahus HF fikk ikke presentert tiltak

De regionale helseforetakene har etablert rammeverk for risikostyring⁷⁴ hvor styrenes ansvar for å behandle risikovurderingene er beskrevet.⁷⁵ I Helse Sør-Øst står helseforetakene fritt til å velge hva som skal risikovurderes, mens i de tre andre foretaksgruppene har RHF-et gitt klarere føringer for hva som skal risikovurderes.

Selv om alle helseforetakene i Helse Vest også må risikovurdere de samme målene, har disse helseforetakene i større grad selv identifisert egne risikoområder. I Helse Nord og Helse Midt-Norge samsvarer målene foretakene er bedt om å risikovurdere, i stor grad med målene i oppdragsdokumentene.⁷⁶ Blant disse helseforetakene var det mange som rapporterte på områder med lav risiko hvert tertial.

Tabell 3 Eksempel på risikomatrikse til et helseforetak hvor målene som risikovurderes, er fastsatt av RHF-et.

	Starten av året	Tertial 1	Tertial 2
Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet			
Sykehuspårte infeksjoner skal være <4,5 prosent			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal være under 60 dager			
Ingen fristbrudd			
Pakkeforløpene skal være gjennomført innen normert tid			
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk (aktivitet)			
Mer enn 80 prosent skal ha fått legemiddelsamstemming (måling fra andre halvår 2017)			
Bredspektret antibiotikabruk skal reduseres med 10 prosent sammenlignet med 2012			

Kilde: Riskomatrikse fra Finnmarkssykehuset HF, styresak 83/17

Tabell 3 illustrerer et helseforetak som har risikovurdert områder som er forhåndsbestemt av RHF-et, og hvor flere områder er vurdert å ha lav risiko gjennom hele året.⁷⁷

En konsekvens av at noen RHF har forhåndsbestemt hva som skal risikovurderes, er at det blir dobbeltrapportert til styret. For helseforetakene i Helse Nord og Helse Midt-Norge overlappet risikoområdene med mange av de samme målene som rapporteres i de månedlige eller tertialvise virksomhetsrapportene.

Det er bare helseforetakene i Helse Sør-Øst som har fjernet risikoområder fra matrisen eller lagt til nye identifiserte risikoer i løpet av året.⁷⁸ I denne foretaksgruppen er det også flere helseforetak som har tatt ut risiko som er redusert til et akseptabelt nivå.⁷⁹ Det er videre større variasjon mellom foretakene i denne foretaksgruppen enn i andre foretaksgrupper når det gjelder hva som presenteres av risiko for styret. Noen av

74) Retningslinjer for risikostyring i Helse Vest (Versjon 4.0 Februar 2012), Risikostyring i Helse Sør-Øst: En veileder for arbeidet med risikostyring i Helse Sør-Øst (Versjon 3.1 070808), Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge (Versjon 1.1, Revisjon januar 2017), Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord (Versjon: 5, 29. juni 2015).

75) HSØ minst en gang i året, Helse Vest to ganger per år, Helse Midt-Norge og Helse Nord tertialvis.

76) HF-ene har også lagt til noen selv, men hovedvekten av det som er risikovurdert er bestemt av RHFet.

77) I tillegg rapporterte ikke Helse Nord-Trøndelag HF noe risiko i 2017 og St. Olavs hospital HF og Norlands sykehuset HF rapportere risiko kun en gang i løpet av året.

78) Sykehuset i Telemark HF og Sykehuset i Østfold HF forklarer hvilke som er lagt til og hvilke som ikke anses som risiko lenger, mens de andre foretakene kun fjerner og legger til risiko i matrisen.

79) Sykehuset Østfold HF, Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Telemark HF, Sørlandet Sykehus HF og OUS HF

helseforetakene i foretaksgruppen presenterer konkrete risikoer som er relatert til eget helseforetak⁸⁰, mens andre foretak⁸¹ presenterer overordnet risiko – se faktaboks 3.

Faktaboks 3 Eksempler på henholdsvis konkret risiko og overordnet risiko rapportert i helseforetak i Helse Sør-Øst

Eksempler på konkret risiko som er rapportert til styret:

- fare for å overse alvorlige tilstander hos pasienten på grunn av stor pasientpågang og opphopning i akuttmodtak
- feil i håndtering av legemidler

Eksempler på overordnet risiko som er rapportert til styret:

- oppdragsdokument 2017
- kvalitet og pasientsikkerhet

Kilde: Risikorapportering fra helseforetak i Helse Sør-Øst

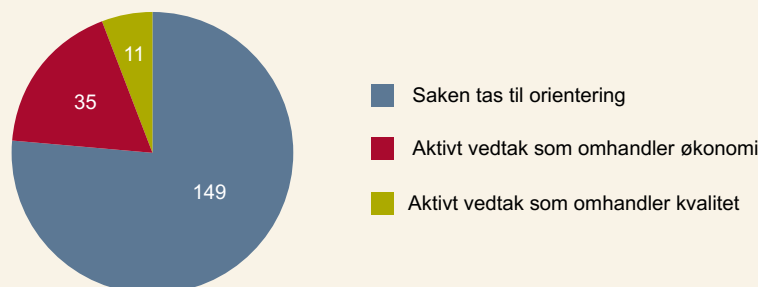
I intervjuer med styremedlemmer og administrasjonen i Helse Sør Øst RHF ble det påpekt at det er fare for at risikoene som presenteres av den samlede foretaksgruppen, blir for overordnede. Det er dermed en risiko for at vesentlig risiko og variasjoner over tid – og innad i foretaksgruppen – ikke blir synlig i rapporteringen til RHF-styret.

Når det gjelder RHF-ene, viser dokumentanalysen at alle styrene har fått informasjon om risiko. Tre av styrene i de regionale helseforetakene har fått informasjon om tiltak. Styrene i Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har i tillegg fått informasjon om endring i risikobildet over tid. Styret i Helse Nord RHF har verken fått informasjon om tiltak eller endring i risikobildet.

Blant de tre private ideelle sykehusene er det ett sykehus⁸² som ikke har styrebehandlet risiko i 2017, mens de to andre sykehusene både har styrebehandlet risiko og fått informasjon om tiltak og endring i risikobilde.

Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

Figur 5 Antall virksomhetsrapporter (måneds-, tertial- og halvårsrapporter) hvor HF-styrene har fattet vedtak i 2017, fordelt etter type vedtak.



Kilde: Dokumentanalyse av styreprotokoller i HF-ene.

80) For eksempel Sykehuset Østfold HF, Sykehuset i Vestfold HF og OUS HF.

81) For eksempel Sykehuset Telemark HF og Helse Sør-Øst RHF.

82) Haraldsplass Diakonale Sykehus.

Figur 5 viser hvorvidt HF-styrene fattet aktive vedtak i behandlingen av virksomhetsrapportene. Aktive vedtak betyr at vedtaket inneholder noe mer enn at «saken tas til orientering». Figur 5 illustrerer at de aller fleste virksomhetsrapportene ble tatt til orientering, uten at det ble fattet noe aktivt vedtak. Figuren viser videre at i de tilfellene det ble fattet aktive vedtak, omhandlet disse stort sett økonomi. Bare i 11 av 195 saker, det vil si i 6 prosent av virksomhetsrapportene, ble det fattet aktive vedtak om kvalitet, se figur 5.

Dokumentanalysen viser at det i styrebehandlingen av månedsrapportene bare er fire HF-styrer⁸³ som har fattet ett eller flere vedtak som handler om kvalitet i pasientbehandlingen (se eksempler i faktaboks 4). I behandlingen av tertialrapportene er det bare to HF-styrer⁸⁴ som har fattet vedtak hvor utfordringer med kvalitet i pasientbehandlingen nevnes. Innholdet i disse vedtakene er imidlertid generelle formuleringer med identisk ordlyd i 1. og 2. tertial, og konkrete utfordringer nevnes ikke.

Faktaboks 4 Eksempler på aktive vedtak

Aktivt vedtak: Styret i Helse Fonna HF er uroa over talet på fristbrot på Stord. Styret i Helse Fonna HF ber administrerende direktør gjøre greie for tiltak for å redusere talet på fristbrot på Stord. (Kilde: Sak 21/17 Helse Fonna HF)

Aktivt vedtak: Styret tar statusrapport oktober 2017 til orientering og konstaterer at det gjennomgående er svært gode resultater. Styret påpeker imidlertid at prevalensmålingene av sykehusinfeksjoner er for høye, og ber om en egen sak med forslag til nye tiltak som kan iverksettes for å få ned sykehusinfeksjoner. (Kilde: Sak 70/17 St. Olavs Hospital HF)

Aktivt vedtak: Styret ber om at det utarbeides en statusrapport for psykisk helsevern for barn og unge (BUP), som også inneholder hvordan helseforetaket tenker å håndtere «den gylne regel». Saken legges fram for styret i neste møte. (Kilde: Sak 50/2017 Helse Nord-Trøndelag HF)

Dokumentanalysen viser at blant RHF-styrene og styrene i de private ideelle sykehusene er det styrene i Helse Nord RHF og Lovisenberg diakonale sykehus som har fattet minimum ett aktivt vedtak om kvalitet i forbindelse med behandlingen av virksomhetsrapportene. Styret i Helse Vest RHF skiller seg ut ved at selv om styret tar virksomhetsrapportene til orientering, har styret i flere tilfeller protokollført hva de ønsker at administrasjonen skal følge opp når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet, se eksempel i faktaboks 5.⁸⁵

At så få styrer fattet aktive vedtak, innebærer at styrene i forbindelse med behandlingene av de fleste virksomhetsrapportene ikke forplikter administrasjonen til å følge opp konkrete saker som gjelder kvalitet.

Helse - og omsorgsdepartementet viser til at gjennom styrets diskusjoner i møtene blir mange problemstillinger tatt opp og besvart underveis av administrasjonen.⁸⁶ En analyse av styreprotokollene⁸⁷ for 2017 viser at det bare er styrene⁸⁸ i Helse Vest som har protokoller som konsekvent gjengir både en oppsummering av sakene, styrets diskusjoner og hvilke saker som skal følges opp av administrasjonen. I styreprotokollene til foretakene i Helse Vest er det ofte protokollført hva styret stiller

83) Helse Fonna HF, Nordland sykehuset HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord Trøndelag HF.

84) Møre og Romsdal sykehus HF og Finnmarkssykehuset HF.

85) Helse Vest RHF styresak 004/17, 040/17, 050/17, 083/17 og 101/17.

86) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

87) Analysen omfatter protokoller fra både HF-ene, RHF-ene og de tre private ideelle sykehusene.

88) Helse Bergen HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Haraldsplass Diakonale sykehus og Helse Vest RHF.

spørsmål ved, og hva styret ønsker at administrasjonen skal følge opp – se faktaboks 5. Dette gjør styrets aktivitet og bidrag mer synlig. Et flertall av styrene har imidlertid protokoller med lite informasjon om innholdet i sakene og det går heller ikke fram hva styret ønsker at administrasjonen skal følge opp. Protokollene gjengir i hovedsak saksoverskrift, vedtakene som er fattet, og eventuelt endring av foreslåtte vedtak. Der styreprotokollene bare inneholder et minimum av informasjon og styrene i tillegg tar alle virksomhetsrapportene til orientering, er det ikke sporbart hva styret ønsker at skal bli fulgt opp, eller hva det stiller spørsmål ved.

I intervju med administrasjonen i Helse Vest RHF går det fram at det var et bevisst valg at protokollene ble endret slik at de bedre reflekterte grunnlaget for vedtakene, og gjorde det enklere for styremedlemmene å følge opp tidligere saker. Styreleder i Helse Bergen HF uttaler også i intervju at denne type protokoller gjør det enklere å følge opp styrets vedtak over tid. I intervju med andre styremedlemmer der styret har lite informasjon i protokollene, har det blant annet blitt vist til at det blir for mye diskusjon om hva som skal protokollføres, og at det dermed blir for tidkrevende å utforme protokoller.

Faktaboks 5 Eksempler på protokollføring i behandling av månedsrapporter der vedtaket er at rapporten tas til orientering

Til oppfølging: Styret ønskjer å få samanlikna Helse Bergen sine resultat på dei nasjonale kvalitetsindikatorane med resultata frå dei andre regionsjukehusa. (Kilde: Styresak 72-17 Helse Bergen HF)

Kommentar i protokoll: Styret kommenterte sengetal og registrering, at føretaket må ha same tilnærming til registrering av sengetal som andre i Helse-Noreg for å ha samanliknbare data. I tillegg kan ein gjerne utvikle nye kapasitetsindikatorar for den reelle sengekapasiteten. (Kilde: Styresak 093/2017 Helse Førde HF)

Fra protokoll: Styret ønskja å få opp ein oversikt over ventetid per fagområde og eit grunnlag for ein breiare diskusjon om kva som er rett ventetid for ulike fagområde, også sett opp mot økonomi og andre mål. Styret vil vurdere differensierte ventetider også innan somatikk. I helseføretak med lang ventetid på enkelte område, bør tilgjengeleg kapasitet i andre føretak nyttast. Det er og venta ein indikator på tid frå 1. kontakt til vidare behandling, og styret ønskja også å sjå på om det er fagområde der vi det er for lang tid frå 1. kontakt til episode 2 og 3. (Kilde: Styresak 004/17, protokoll fra 2. februar 2017 Helse Vest RHF)

Det er få protokoller eller vedtak som har spor av at styrene aktivt etterspør informasjon om hvor de største utfordringene i helseforetaket er, eller at styret ber om rapportering på andre områder utover de kvalitetsindikatorene styrene allerede får rapportering om. I intervjuer påpeker flere styremedlemmer at de stoler på at administrasjonen rapporterer om sentrale utfordringer. I intervjuer med styremedlemmer blir det imidlertid gitt flere eksempler på at styrene muntlig har etterspurt mer informasjon i styremøtene, noe som også bekreftes av administrasjonen.

Dokumentanalysen viser at det i liten grad er dokumentert at styrene har bedt om endringer i innholdet rapporteringen. Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at muntlige spørsmål og kommentarer fra styret i styremøtene er en viktig kilde for administrasjonen til å forbedre for eksempel virksomhetsrapporter og sette ulike temasaker på styrets agenda.⁸⁹ I intervjuene med styremedlemmer kommer det fram at

89) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

det varierer om styremedlemmene oppfatter at de kan be om endringer i virksomhetsrapporteringen. I et av helseforetakene er det en oppfatning blant både ansatte i administrasjonen og styremedlemmer at det ikke er mulig å be om endringer i den løpende virksomhetsrapporteringen. Det er samtidig enkelte eksempler på at styret har bedt om endringer i rapporteringen. Blant annet har styret i Helse Bergen HF bedt om flere sammenligninger med andre universitetssykehus, og styret i St. Olavs hospital HF har bedt om at spesifikke kvalitetsindikatorer tas inn i den løpende virksomhetsrapporteringen.

4.2 Styrenes oppfølging av styringssystemet

For å følge med på om foretakene driver i samsvar med regelverket og jobber systematisk med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet, er det viktig for styrene å få informasjon om hvordan styringssystemet fungerer. Informasjon om risikostyringsprosessen, uønskede hendelser, rapporter fra internrevisjon og tilsyn er sentrale elementer i styrenes oppfølging av styringssystemet.

Tabell 4 Hvilke styrer som fikk hvilken informasjon om styringssystemet i 2017

	Styrer	Samlet gjennomgang av styringssystemet	Informasjon om utvalgte deler av styringssystemet			
			Beskrivelse av risikostyringsprosessen	Oppfølging av uønskede hendelser	Behandlet internrevisjons-rapporter	Samlet oversikt over eksterne tilsyn
HF	OUS					
	Finnmarkssykehuset					
	Helse Bergen					
	Helse Stavanger					
	Sykehuset Innlandet					
	Nordlandssykehuset					
	Sykehuset Telemark					
	UNN					
	A-hus					
	Helse Fonna					
	Sunnaas Sykehus					
	Helse Førde					
	St.Olavs hospital					
	Sykehuset i Vestfold					
	Sykehuset Østfold					
	Sørlandet sykehus					
	Vestre Viken					
	Helgelandssykehuset					
	Helse Møre og Romsdal					
	Helse Nord-Trøndelag					
RHF	Helse Nord					
	Helse Midt-Norge					
	Helse Sør-Øst					
	Helse Vest					
Farge	Grønn farge	Har en samlet gjennomgang av relevante områder/ dokumenter i samme sak, og det er gjort en vurdering av hvorvidt de ulike delene faktisk fører til kvalitetsforbedring.	Har fått beskrevet hvordan risiko identifiseres, for eksempel hvilke kilder de legger til grunn, hvem som er involvert i prosessen, og hvorfor de valgte områdene anses å utgjøre de største risikoene.	Har fått beskrevet hvordan foretaket jobber med å forebygge og lære av hendelser som gjelder kvalitet og pasientbehandling.	Har behandlet alle rapporter.	Har fått oversikt over eksterne tilsyn som er gjennomført, enten som samlet oversikt i hvert styremøte eller i tertialrapport.
	Gul farge	Ikke aktuelt her - kun grønn eller rød.	Har fått noe beskrivelse av hvordan risiko identifiseres.	Har fått statistikk og enkelte beskrivelser av f.eks meldekultur eller typer hendelser.	Har behandlet enkelte rapporter.	Ikke aktuelt her - kun grønn eller rød.
	Rød farge	Har ikke en samlet gjennomgang av relevante deler eller vurderinger av hvorvidt systemet bidrar til kvalitetsforbedring.	Svært begrenset informasjon om prosessen med å identifisere og håndtere risiko. Mange får informasjon om hvilke mål som skal risikovurderes, men det framgår ikke hvorfor de utvalgte områdene skal risikovurderes.	Har bare fått statistikk /har ikke fått noe.	Har ikke behandlet rapporter.	Har ikke fått skriftlig oversikt over eksterne tilsyn.

Kilde: Dokumentanalyse av styredokumenter til RHF- og HF-styrene.

Tabell 4 viser at styrene i det største HF-et i hver foretaksgruppe er blant de styrene som fikk mest informasjon om styringssystemet i 2017. Både styrene i Helse Bergen HF, OUS HF, UNN HF og St. Olavs hospital HF fikk en samlet gjennomgang av styringssystemet (grønn). Det er samtidig om lag en tredel av styrene som fikk lite eller ingen informasjon om sentrale deler av styringssystemet (gul eller rød). Disse styrene er fordelt på alle de fire foretaksgruppene. Tabellen viser at det særlig var styringssystemet og risikostyringsprosessen mange styrer fikk begrenset informasjon om.

Av RHF-styrene var det bare styrene i Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF som fikk presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet i 2017, og det var også disse styrene som fikk mest informasjon om de utvalgte delene av styringssystemet.

Nedenfor er det gitt en nærmere beskrivelse av hvordan styrene har fulgt opp de ulike delene av styringssystemet som er omtalt i tabell 4.

Samlet gjennomgang av styringssystemet

Foretakets ledelse skal minimum én gang i året ha en samlet gjennomgang (ledelsens gjennomgang) av hvordan styringssystemet fungerer.

Tabell 4 viser at det var sju HF-styrer og to RHF-styrer som i 2017 fikk presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet som ga informasjon om hvorvidt de ulike systemene bidrar til kvalitetsforbedring (grønn). Innholdet i gjennomgangen varierte mellom disse foretakene. Enkelte styrer fikk hovedsakelig presentert en gjennomgang av resultater og driften ved ulike avdelinger, mens andre fikk en gjennomgang av utfordringer på ulike områder og tiltak for forbedring. Eksempler på områder som er gjennomgått, er dokumenthåndtering, status for HMS-arbeidet, egne kvalitetsindikatorer, avvikssystemet, smittevern og dokumentasjon av pårørendetilfredshet. Faktaboks 6 viser eksempler på noen av de konkrete vurderingene som er gjort av styringssystemet i ledelsens gjennomgang i Helse Stavanger HF.

Faktaboks 6 Eksempler fra ledelsens gjennomgang på konkrete vurderinger av om styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring

- Vurdering av internkontroll når det gjelder uønskede hendelser:
 - Det finnes overordnede rutiner for hva som skal meldes i Synergi for HMS og pasientrelaterte uønskede hendelser.
 - De fleste uønskede hendelser blir håndtert i klinikkene, men det er fortsatt ikke et godt nok system for å sikre læring på tvers.
 - Det pågår et arbeid for å etablere et bedre system for hvilke hendelser som skal utløse hendelsesanalyser og hvem som skal gjennomføre disse. Alvorlige pasientrelaterte hendelser publiseres fortsatt i liten grad på foretakets nettside.
- Vurdering av internkontroll når det gjelder legemidler:
 - Klinikken bruker e-post som en informasjonskanal for prosedyrer. Dersom dette er hovedkanalen for informasjon bør det tas en vurdering på om ansatte har tid til å lese e-post ofte, eventuelt kan en be om lesebekreftelse på slike e-poster.
 - Det bør standardiseres hvordan en prosedyre skal informeres om. Hvis det systematisk informeres gjennom flere kanaler, vil det være større sjanse for at beste praksis blir implementert.

Kilde: Helse Stavanger HF, styresak 98/17 Ledelsens gjennomgang

Tabell 4 viser at seks av de sju styrene som fikk en samlet gjennomgang av styringssystemet, også fikk informasjon om hvordan uønskede hendelser brukes i forbedringsarbeidet, funn fra internrevisjonsrapporter og en samlet oversikt over tilsyn.

De øvrige 2 RHF-styrene og 13 HF-styrene fikk ikke en samlet presentasjon av om systemene bidrar til kvalitetsforbedring, og om det er satt i gang tiltak for å eventuelt forbedre systemene (rød). Enkelte av disse styrene har fått presentert et dokument som kalles ledelsens gjennomgang, men det er ikke gjort en vurdering av alle relevante deler av systemet, og det framgår heller ikke en vurdering av om systemene fungerer slik at de bidrar til kvalitetsforbedring. Tabell 4 viser imidlertid at flere av de 15 styrene likevel fikk informasjon om internrevisjoner og eksterne tilsyn. I tillegg har enkelte av de 13 HF-styrene fått en gjennomgang av hvordan styringssystemet skal utvikles og implementeres.⁹⁰

Det går ikke fram av styreprotokollene at de styrene som ikke har fått en samlet gjennomgang av styringssystemet, har bedt om å få dette.

Beskrivelse av risikostyringsprosessen

Tabell 4 viser at over halvparten (14) av HF-styrene fikk svært begrenset informasjon om prosessen for å identifisere og håndtere risiko i 2017 (rød). Fem HF-styrer fikk en kortere beskrivelse av prosessen og en gjengivelse enten av hvem som hadde ansvar for prosessen eller hvilke kilder risikoen var hentet fra (gul). Det var bare fem styrer som fikk beskrivelser av hvordan foretaket identifisere risiko, inkludert hvem som er involvert i prosessen, og hvilke kilder som er lagt til grunn (grønn). I beskrivelsen av risikoprosessen til for eksempel Sykehuset i Vestfold HF står det at oppdragsdokument, budsjett, eksterne og interne tilsyn, omdømmesaker eller informasjon fra avvikssystemet har inngått i vurderingene av risiko.

Tre av de fire HF-styrene som fikk mest informasjon om risikostyringsprosessen, er i Helse Sør-Øst, som er den eneste foretaksgruppen hvor foretakene selv bestemmer hva som skal risikovurderes. Samtidig er det HF-styrer i Helse Sør Øst som ikke har fått noen beskrivelse av hvordan risiko identifiseres.

Felles for de øvrige tre foretaksgruppene er at RHF-et har bestemt en rekke mål HF-ene skal risikovurdere.⁹¹ Styrene i disse foretaksgruppene har stor sett fått informasjon om hvilke mål som skal risikovurderes, og hvem som er involvert i risikostyringsprosessen.

Av helseforetakene i Helse-Nord er det bare styret i Finnmarksykehuset HF som fikk utfyllende informasjon om risikostyringsprosessen i 2017. Styret fikk slik informasjon gjennom behandling av en internrevisjonsrapport om risikostyring.⁹² I Helse Midt-Norge fikk HF-styrene svært begrenset informasjon om risikostyringsprosessen, selv om det i 2015 ble gjennomført internrevisjon som viste at det var utfordringer med å ta i bruk risikostyring i helseforetakene i regionen. Ingen av HF-styrene i Helse Midt-Norge har fått eller bedt om rapportering av status om tiltaksarbeidet i etterkant av internrevisjonsrapporten. Styret i Helse Midt-Norge RHF har bedt om at det gjennomføres en ny internrevisjon i 2018, for å undersøke om risikostyringen har blitt bedre.⁹³

Det er bare styret i Helse Bergen HF som i 2017 har bedt om endring i risikostyringsprosessen. Styret ba om at det ble formidlet til det regionale helseforetaket at

90) Dette gjelder for eksempel Helse Møre og Romsdal HF.

91) RHF-et velger ut noen mål alle skal risikovurdere. Helseforetakene i Helse Vest kan imidlertid definere egne mål som skal risikovurderes. I Helse Midt-Norge er de tre helseforetakene i tillegg bedt om å identifisere ti på topp-risiko, dette er ikke gjort.

92) Helse Nord RHF, Internrevisjonsrapport 01/2017 *Risikostyring i Helse Nord*.

93) Oktober 2016, sak 73/16.

systematikken for overordnet risikostyring burde forenkles.⁹⁴ Styret påpekte at metoden gjør at det mister målet med risikovurderingen av syne, og at det er viktig med forankring i organisasjonen for at arbeidet med risikovurdering av utvalgte styringsmål skal ha verdi.⁹⁵ Det går imidlertid ikke fram av protokollene at styret har bedt om at det settes i gang tiltak for å forbedre prosessen internt i eget foretak, eller har bedt foretaket identifisere egne risiko.

Oppfølging av uønskede hendelser

Samtlige helseforetak som er omfattet av undersøkelsen, har etablert systemer for rapportering om uønskede hendelser. Tabell 4 viser at det var 12 HF-styrer som fikk informasjon om oppfølgingen av uønskede hendelser i 2017 (gul og grønn).⁹⁶ Det var åtte av disse som fikk eksempler på hvordan foretaket jobber med å forebygge og lære av uønskede hendelser og informasjon om hva som eventuelt gjenstår for at meldesystemet skal fungere etter sin hensikt (grønn). For eksempel har et styre fått informasjon om at sykehusinfeksjoner *ikke* meldes i systemet for uønskede hendelser.⁹⁷ Videre går det fram av tabellen at fire styrer fikk presentert statistikk over antall uønskede hendelser og en beskrivelse av type hendelser eller meldekulturen i foretaket (gul). Imidlertid var det åtte HF-styrer, fordelt på alle foretaksgruppene, som ikke fikk noen informasjon om ulike typer hendelser, informasjon om meldekulturen eller hvordan uønskede hendelser var brukt i forbedringsarbeidet (rød).

Det er gjennom analysene av styreprotokollene ikke identifisert styrer som har stilt spørsmål ved bruken av avvikssystemet eller kulturen for å melde hendelser. I intervjuene er det ingen av styremedlemmene som gir konkrete eksempler på at styret har interessert seg for oppfølgingen av avvikssystemet, utover å lære av enkelt-hendelser som blir rapportert til styret. Dokumentanalysen viser også at det bare var fire styrer⁹⁸ som fikk informasjon om antall nestenhendelser, selv om slik informasjon kan bidra til å forebygge at uønskede hendelser oppstår.⁹⁹ Tre¹⁰⁰ av disse fire styrene fikk også mye informasjon om hvordan uønskede hendelser brukes i forbedringsarbeidet (grønn i tabell 4).

Av styrene i de regionale helseforetakene var det bare styret i Helse Nord RHF som fikk informasjon om hvordan foretakene i foretaksgruppen jobbet med å forebygge og lære av uønskede hendelser. Imidlertid viser dokumentanalysen at både styret i Helse Nord RHF og styret i Helse Midt-Norge RHF fattet vedtak i saker om bruken av systemet for uønskede hendelser. Styret i Helse Nord RHF ba administrerende direktør fortsette arbeidet med åpenhet og en god melde- og varslingskultur i foretaksgruppen. I oppfølgingen av en internrevisjonsrapport om samhandling ba styret i Helse Midt-Norge RHF administrasjonen om at det konkret settes i gang et arbeid for å utvikle et bedre system for å melde avvik innenfor samhandling.¹⁰¹

Riksrevisjonen har tidligere påpekt problemer ved helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser.¹⁰² Ett av funnene i revisjonen var at styrene er for lite involvert i hvordan helseforetakene arbeider med uønskede hendelser.

94) Protokoll for styremøtet i juni 2017.

95) Under styrets kommentarer i protokoll for oktober 2017.

96) Det varierer hvor ofte disse har fått slik informasjon, noen har fått det en gang i løpet av 2017, andre har fått det tertieltvis og noe har fått presentert statistikk og hendelser i hver månedsrapport.

97) Helse Stavanger HF, styresak 98/17 Ledelsens gjennomgang

98) Helse Bergen HF, Helse Førde HF, Nordlandssykehuset HF og OUS HF.

99) En *nestenhendelse* er en hendelse som kunne fått alvorlige konsekvenser, men som ikke gjorde det.

100) Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF og OUS HF.

101) Sak 24/17 Internrevisjonsrapport – Samhandlingsreformen.

102) Dokument 3:2 (2016–2017) *Riksrevisjonens undersøkelse av Helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser*.

Internrevisjoner

Tabell 4 viser at de fleste (16) HF-styrer behandlet alle revisjonsrapportene fra internrevisjonen (grønn i tabell 4). Dokumentanalysen viser at to av HF-styrene bare har behandlet enkelte av revisjonsrapportene fra internrevisjonen (gul i tabell 4), og to HF-styrer har ikke behandlet noen slike rapporter.

Alle RHF-styrene behandler og godkjenner årlig planene til internrevisjonene.

Dokumentanalysen viser at det var få HF-styrer som ga innspill til temaer i revisjonsplanene for konsernrevisjonen i sitt regionale helseforetak i 2017. Unntaket er styret ved St. Olavs hospital HF og samtlige HF-styrer i Helse Vest. Styret i Helse Bergen HF foreslo at internrevisjonen i Helse Vest skulle undersøke om tiltaksarbeidet som var satt i gang for å redusere tvangsbruken i foretaket, hadde gitt ønsket effekt. Det er i undersøkelsen ikke funnet andre eksempler på slik styreinvolvering i 2017, verken på RHF- eller HF-nivå.

Det er ingen eksempler på at funn fra internrevisjoner i ett foretak spres til styrene i andre helseforetak, som kunne ha bidratt til læring.¹⁰³ Ingen styrer har etterspurt internrevisjonsrapporter hvor andre helseforetak har vært revisjonsobjekt, men som deres eget foretak kan lære av.

Eksterne tilsyn

Eksterne tilsyn som blant andre Statens helsetilsyn og fylkesmannen gjennomfører, kan gi viktig informasjon om pasientbehandlingen og påvise svikt i tjenestene.

Alle styrene i helseforetakene i Helse Vest, Helse Sør-Øst og Helse Nord, bortsett fra ett¹⁰⁴, fikk presentert en oversikt over pågående og avsluttede tilsynssaker som berører eget foretak, enten i hvert styremøte eller tertialvis. Alle disse styrene fikk informasjon om hvorvidt tilsynene er lukket. Helse Midt-Norge skiller seg ut ved at ingen av HF-styrene fikk skriftlig oversikt over pågående og avsluttede tilsynssaker.¹⁰⁵ Mangel på oversikt over tilsyn i foretaksgruppen ble identifisert som et forbedringsområde i en styrerapport til Helse Midt-Norge RHF i 2017.¹⁰⁶

De private ideelle sykehusene

Dokumentanalysen viser at ingen av styrene i de tre private ideelle sykehusene fikk presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet. Styrene i Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus fikk imidlertid presentert mer om styringssystemet enn Haraldsplass Diakonale Sykehus. Bare styret i Lovisenberg Diakonale Sykehus fikk informasjon om hvordan uønskede hendelser brukes i forbedringsarbeidet. Alle de tre styrene fikk presentert en oversikt over pågående og avsluttede tilsynssaker i løpet av 2017. Styrene i Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus hadde en evaluering av sentrale nøkkeldokumenter i 2017.

Nærmere om styrets instruks og retningslinjer

Det er flere dokumenter som er sentrale for styret i utførelsen av tilsynsrollen, og som styret selv har et ansvar for å gjøre eventuelle endringer i. Det gjelder blant annet instruks for styret og daglig leder i foretakene¹⁰⁷. Dokumentanalysen viser at disse

103) Denne problemstillingen var ikke aktuell for foretakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge, siden revisjonene omfattet alle HF-ene i disse foretaksgruppene.

104) Sykehuset i Vestfold HF.

105) St. Olavs hospital HF har styrebehandlet enkelt tilsyn, og Helse Møre og Romsdal HF hadde i 2017 tre tilsynssaker som vedlegg under orienteringssaker. Men ingen av de to HF-ene fikk en skriftlig samlet oversikt over alle pågående tilsyn.

106) Ledelsens gjennomgang, sak 66-17, Helse Midt-Norge RHF.

107) Styret fastsetter selv instruks for daglig leder og styret.

dokumentene i all hovedsak er på plass, men at tre av helseforetakene mangler egen instruks for daglig leder.¹⁰⁸

Det er god styrepraksis å evaluere instruks og nøkkeldokumenter for styret årlig. Det er bare 5 av 20 styrer på HF-nivå som hadde en slik gjennomgang i 2017. Tre av disse er i Helse Vest.

Av styrene i de regionale helseforetakene var det Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF som hadde en lignende gjennomgang i 2017.¹⁰⁹ Styret i Helse Vest RHF er også det eneste RHF-styret som evaluerte etiske retningslinjer for foretaksgruppen. For eksempel inneholder retningslinjene i Helse Vest informasjon om melding av hendelser og hvordan ansatte skal møte pasienten. I intervju med administrasjonen i Helse Vest RHF blir det utdypet at en årlig gjennomgang av nøkkeldokumenter er viktig for at styret skal stille seg bak de mest sentrale dokumentene, få en jevnlig påminnelse om innholdet i dem og sørge for at det gjøres endringer når det er nødvendig.

Rapporteringen om styringssystemet til eier

En årlig melding er styrets rapportering til eieren, og hver helseregion har en egen mal som helseforetakene skal bruke. Innholdet i rapporteringen varierer både mellom regionene og innad i hver region. Om lag halvparten av helseforetakene har omtalt styringssystemet i sin årlige melding for 2017, men de fleste av disse har ikke utdypet hvordan systemene fungerer.

I Helse Sør-Øst er det et fast punkt hvor de underliggende foretakene skal rapportere på virksomhetsstyringen i foretaket. Alle foretakene i Helse Sør-Øst har omtalt styringssystemet. Helseforetakene i Helse Vest og Helse Midt-Norge er bare bedt om å si noe om risikostyring i sin årlige melding. Dette gjør de fleste ved å bekrefte at de har fulgt rammeverkene for risikostyring. I Helse Nord omtaler foretakene oppnåelse av de målene foretakene er pålagt å risikovurdere, og hvorvidt ledelsens gjennomgang er gjennomført.

I RHF-enes årlige meldinger til Helse- og omsorgsdepartementet står det lite om styringssystemet.¹¹⁰ Helse Vest RHF og Helse Nord RHF har ikke skrevet om styringssystemet, mens Helse Midt-Norge RHF informerer om hvordan to av de underliggende foretakene jobber med økt bruk av meldesystemet, læring og forbedring. Helse Sør-Øst RHF gir i sin årlige melding mer informasjon om styringssystemet, risikostyringen og bruken av interne revisjoner enn de øvrige RHF-ene.

Når det gjelder styrene i de private ideelle sykehusene, gir to av tre styrer informasjon om hvordan deler av styringssystemet fungerer, i en årlig melding.¹¹¹

4.3 Valg og opplæring av styremedlemmer i foretakene

Valg av styremedlemmer for å sikre riktig kompetanse

Det er Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene som velger styrene i henholdsvis de regionale helseforetakene og helseforetakene. I Helse- og omsorgsdepartementet er det eieravdelingen (EIA) som har hovedansvaret for prosessen med oppnevning av nye styremedlemmer til de regionale helseforetakene. I de regionale helseforetakene er det opprettet egne valgkomiteer som består av

108) Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF (daglig leder), Helgelandssykehus HF (daglig leder).

109) Helse Sør-Øst RHF opplyser at de har en etablert praksis med slik gjennomgang annenhvert år, sammenfallende med styrevalg.

110) Det var ikke et krav i oppdragsdokumentet for 2017 at de regionale helseforetakene skulle rapportere på dette.

111) Diakonhjemmet Sykehus og Lovisenberg Diakonale Sykehus gir noe informasjon om deler av styringssystemet i årlig melding.

styreleder i tillegg til to eller tre styremedlemmer.¹¹² Administrasjonen i RHF-ene innehar en sekretariatsfunksjon for valgkomiteen og tilrettelegger det praktiske arbeidet med styrevalg.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at retningslinjer fra Statsministerens kontor (SMK) for arbeid med styrevalg i selskaper der staten er eier, ble lagt til grunn for styrevalgprosessene i regionale helseforetak i 2016 og 2018. Formålet med retningslinjene er å etablere tydelige rutiner for forankring av styrevalgene i regjeringsapparatet, og er utformet for intern bruk i regjeringsapparatet. I retningslinjene er det gitt særlige føringer for klarering av eieroppnevnte styremedlemmer i de regionale helseforetakene. I tillegg er det en del to i retningslinjene som gjelder rutiner for arbeid med styrevalg i statlige selskaper. Helse- og omsorgsdepartementet viser til at del to av retningslinjene fra SMK ikke gjelder for styrevalg til de regionale helseforetakene.¹¹³ Departementet har en egen tidsplan for styrevalg i de regionale helseforetakene. Videre opplyser Helse- og omsorgsdepartementet at de særlige retningslinjene som gjelder styrevalg i de regionale helseforetakene er fulgt av departementet.

De regionale helseforetakene har ikke felles retningslinjer for styrevalg. Dette har heller ikke vært et tema, verken i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet eller internt i de regionale helseforetakene. I intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet og RHF-ene, er det heller ingen som oppgir at de bruker Norsk anbefaling for eierstyring og selskapsledelse (NUES) i sitt arbeid med styrevalg.

De regionale helseforetakene beskriver en forholdsvis lik praksis når det gjelder styrevalg.¹¹⁴ Helse Vest RHF har en egen styresak om prosess og føringer ved styrevalg, hvor det vises til viktige kompetansekrav som vil være sentrale i sammensetningen av styrene i alle underliggende helseforetak. Også Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF har generelle kompetansekrav som er felles for alle HF-styrene. Det er bare Helse Midt-Norge RHF som har en skriftlig prosedyre. Denne prosedyren inneholder generelle kompetansekrav til styrets sammensetning.

For å kartlegge hvordan styret har fungert, hvilke styremedlemmer som bør skiftes ut og hvilken kompetanse styrene trenger, gjennomfører departementet samtaler med styreleder og administrerende direktør i de regionale helseforetakene. Basert på samtalene lages det en kort oppsummering av de vurderingene som kommer fram. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at denne oppsummeringen er et av flere elementer som danner grunnlag for diskusjoner med politisk ledelse om hvilke styremedlemmer som bør byttes ut.

Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF har samtaler med alle eieroppnevnte styremedlemmer der hovedformålet er å finne ut om styremedlemmene ønsker gjenvalg.¹¹⁵ Videre gjennomfører Helse Sør-Øst RHF samtaler med administrerende direktør i helseforetakene, mens styrelederne i HF-styrene fyller ut et skjema om styremedlemmenes bidrag i styret.¹¹⁶ Helse Vest RHF og Helse Nord RHF¹¹⁷ gjennomfører samtaler med styreleder og administrerende direktør i hvert helseforetak i forbindelse med valg av nye styremedlemmer. Disse to RHF-ene får også tilbakemelding fra de eieroppnevnte representantene i HF-styrene om hvordan styret

112) Både eieroppnevnte og ansattvalgte styremedlemmer. I Helse Vest har de nedsatt et arbeidsutvalg som tilsvarende valgkomite.

113) Brev av 17. august 2018 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

114) I intervju og i skriftlige redegjørelser.

115) Jf. intervju med henholdsvis HMN RHF og HSØ RHF.

116) Jf. intervju med og skriftlig redegjørelse fra HSØ RHF.

117) I HN har styreleder i RHF-et samtaler med styreledere i underliggende HF, og folk fra administrasjonen har samtaler med administrerende direktør i HF-ene.

fungerer. Ingen av RHF-ene skriver referat fra intervjuene/samtalene, men flere av RHF-ene opplyser at samtalene refereres muntlig til valgkomiteen.

Helse Nord RHF er det eneste regionale helseforetaket som i forbindelse med styrevalget i 2016 laget en kort skriftlig redegjørelse hvor det delvis framgår hvordan styrene i de ulike helseforetakene hadde fungert. Når det gjelder utfordringene i RHF-ene, lager EIA et kort oppsummeringsnotat¹¹⁸ der de gir en beskrivelse på noen setninger av de fire styrenes sammensetning, fungeringsmåte og kompetanse.

Med unntak av Helse Nord RHF, har ingen av de regionale helseforetakene skriftlig oppsummert hvilke konkrete utfordringer de ulike helseforetakene står overfor, eller hvilken konkret kompetanse det er behov for i de ulike HF-styrene.¹¹⁹ Alle de regionale helseforetakene opplyser imidlertid at kompetansebehovet og utfordringsbildet i de enkelte helseforetakene diskuteres i forbindelse med valg av nye styremedlemmer.

Helse Nord RHF har i forbindelse med styrevalget i 2016 utarbeidet en kort skriftlig vurdering av hovedutfordringer i helseforetakene. Helse Nord RHF uttaler i intervju at skriftliggjøringen er viktig for valgkomiteens bevisstgjøring, slik at de er oppmerksom på hvordan situasjonen i det enkelte helseforetak er. I tillegg bidrar den skriftlige oppsummeringen til at de kan kommunisere utfordringsbildet mest mulig likt til nye kandidater. Både RHF-ene og Helse- og omsorgsdepartementet påpeker at de kjenner til utfordringsbildet i foretakene de eier gjennom månedlige oppfølgingsmøter og øvrig kontakt.

Det er et overordnet hensyn at styrene i de regionale helseforetakene skal ha legitimitet i befolkningen. Ved styrevalget i 2018 ble fylkeskommunene og Sametinget invitert til å komme med innspill til nye styremedlemmer til styrene i de regionale helseforetakene. Her framkommer også hvilken kompetanse styrene samlet sett bør inneha. Departementet har også et dokument med forslag til styresammensetning i de ulike RHF-styrene, her framkommer det forslag til kandidater samt hvilken kompetanse det er behov for i det enkelte styre.

Det er vanlig praksis at det blir gjennomført samtaler med aktuelle kandidater før innstillingen utarbeides. I disse samtalene tas det forbehold om at endelig sammensetning av styrene skal gjennom en politisk forankring som kan medføre endringer. Det gjennomføres vanligvis ikke samtaler med flere kandidater enn de som innstilles. Listen over forslag til kandidater i 2018 var en oversikt med personalia, det vil si navn, fylke og bosted til foreslåtte kandidater. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at det ble gjort en vurdering av personlig egnethet og en vurdering av hvorvidt personen har kapasitet til å inneha et styreverv i et regionalt helseforetak. Denne vurderingen foreligger imidlertid ikke skriftlig.

De regionale helseforetakene utarbeider ikke en kravspesifikasjon når de skal finne nye styremedlemmer. Helse Nord RHF sender brev til regionens fylkeskommuner, KS og Sametinget med forespørsel om forslag til kandidater. Ingen av de andre RHF-ene gjør noe tilsvarende.¹²⁰ Alle RHF-ene har opparbeidet seg en liste over aktuelle kandidater som er foreslått av sittende styremedlemmer og administrasjonen. Denne listen oppdateres ved hvert styrevalg, og RHF-ene opplyser at de da ser etter personer som er tilpasset utfordringene i helseforetakene. Det gjennomføres intervju med de kandidatene valgkomiteen mener er mest aktuelle. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst

118) Det går fram av notatet at det ikke er EIAs vurderinger, men informasjon som vil være nyttig bakgrunnsinformasjon for statsråden før samtalene med styreleder. Notatet er basert på samtaler mellom EIA og henholdsvis styreleder og administrerende direktører.

119) Helse Sør-Øst RHF opplyser at slike oppsummeringer foreligger i interne notater fra valgkomiteens arbeid.

120) HSØ RHF og Helse- og omsorgsdepartementet oppgir at de tidligere har benyttet eksternt firma til å finne nye styremedlemmer, men de syntes ikke dette ga noen merverdi.

RHF opplyser at de intervjuer flere kandidater enn de som innstilles. Ingen av RHF-ene har laget referat eller skriftlig oppsummering fra intervjuene. Men noen av RHF-ene opplyser at samtalene refereres muntlig til valgkomiteene.

Det lages ikke noen innstilling hvor valget av aktuelle kandidater begrunnes. RHF-ene opplyser imidlertid at valgkomiteene gir en muntlig redegjørelse av de aktuelle kandidatene for resten av RHF-styret.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og RHF-ene har en annen praksis enn Nærings- og fiskeridepartementet når det gjelder styrevalg. Nærings- og fiskeridepartementet uttaler at deres arbeid med styrevalg begynner med en vurdering av selskapets situasjon og måloppnåelse, og det lages en hypotese per selskap om hva som eventuelt bør gjøres med styresammensetningen ved neste års valg. Deretter gjennomføres individuelle samtaler med alle styremedlemmer. Nærings- og fiskeridepartementet uttaler at disse samtalene gir verdifull innsikt i selskapets situasjon, styrets arbeid og hvert styremedlems bidrag i styret. Det er også en god anledning til å bli bedre kjent med styremedlemmene, inkludert deres personlige egenskaper og dynamikken i styret. Nærings- og fiskeridepartementet gjennomfører en slik vurdering av styrene hvert år. Nærings- og fiskeridepartementet gir også uttrykk for at det normalt ikke er tilstrekkelig å gjennomføre intervjuer med bare styreleder og/eller administrerende direktør.¹²¹

Nærings- og fiskeridepartementet opplyser at departementet utarbeider en kompetansebeskrivelse/kravspesifikasjon som også er en vurdering av eventuelle behov for utskiftninger i styret. Kompetansebeskrivelsen er selve mandatet for rekrutteringen og beskriver hva slags kompetanse man søker etter. Departementets innstilling til nye styremedlemmer inneholder biografi, arbeidserfaring og Nærings- og fiskeridepartementets vurdering av kandidaten. For å bidra til å sikre riktig kompetanse i styrene understreker Nærings- og fiskeridepartementet at det er viktig å ha en skriftlig beskrivelse av utfordringene i det enkelte selskap, og hva som er kompetansebehovet i det enkelte styret. I forbindelse med rekrutteringen av kandidater intervjuer Nærings- og fiskeridepartementet normalt flere aktuelle kandidater enn de som blir innstilt til valg. Vurderingen av styremedlemmenes kapasitet og habilitet er en viktig del av intervjuene.¹²²

I et høringsforslag til endringer i den norske anbefalingen for eierstyring og selskapsledelse går det fram at innstillingene til nye styremedlemmer ofte er preget av faktiske opplysninger framfor vurderinger. NUES foreslår derfor å endre sin anbefaling slik at det blir tydeligere at valgkomiteen forventes å begrunne forslaget om hver kandidat.¹²³

Opplæring av styremedlemmer

Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidet en veileder for styrearbeid som blir delt ut til alle nye styremedlemmer i de regionale helseforetakene. Veilederen inneholder omtale av sentrale deler av styrets ansvar og oppgaver, samt rammebetingelser som gjelder spesielt for helseforetaksmodellen. De regionale helseforetakene deler ut departementets veileder, eller en versjon med enkelte tilpasninger, til nye styremedlemmer i de underliggende helseforetakene.

Departementet arrangerer hvert år et felles seminar for styremedlemmene i de fire regionale helseforetakene. Alle de regionale helseforetakene holder også felles

121) Jf. intervju med Nærings- og fiskeridepartementet.

122) Jf. intervju med Nærings- og fiskeridepartementet.

123) Forslag til endringer i den norske anbefalingen for eierstyring og selskapsledelse av 22. mars 2018 fra NUES.

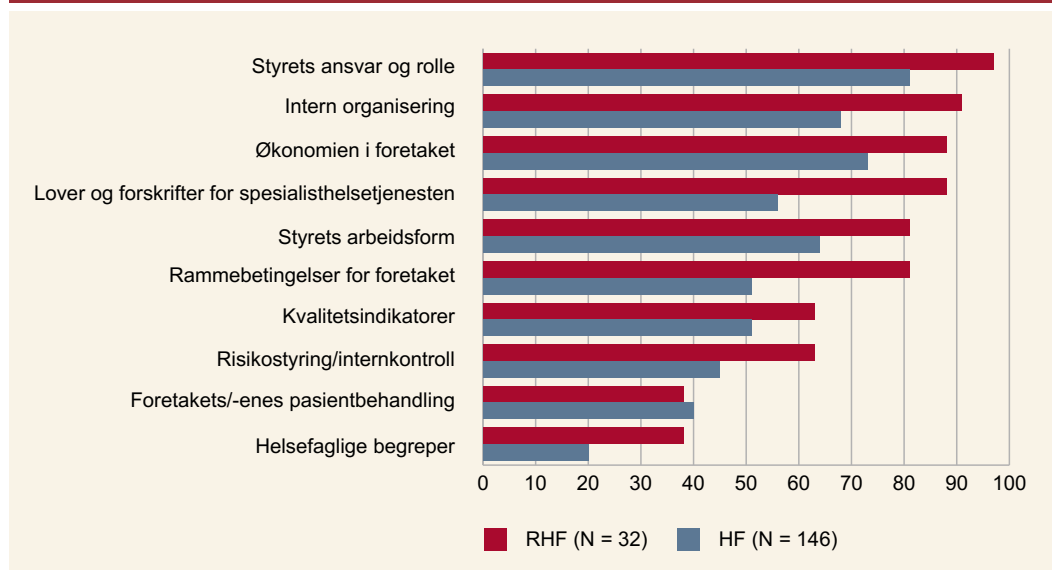
styreseminarer for styremedlemmene i de underliggende helseforetakene. Alle de underliggende helseforetakene har egne rutiner for opplæring av styremedlemmer.¹²⁴

I spørreundersøkelsen svarer 61 prosent av styremedlemmene på helseforetaksnivå at de er delvis eller helt enig i at styret har fått god støtte fra eieren i arbeidet med å styrke egen kompetanse. Styremedlemmene på HF-nivå i Helse Nord og Helse Vest er i størst grad fornøyd.¹²⁵ På RHF-nivå svarte til sammen 66 prosent at de var delvis eller helt enig i at styret har fått god støtte fra eieren i arbeidet med å styrke egen kompetanse.

Presentasjonsmaterialet og agendaene som er hentet inn fra styreseminarer i 2016 og 2017, viser at styrene får informasjon om ansvar og oppgaver, og strategiske og aktuelle temaer for helsesektoren. I intervjuene med de regionale helseforetakene og med utvalgte styremedlemmer ble det gitt uttrykk for at seminarene fungerer godt for å få en felles forståelse for styrets oppgaver og aktuelle temaer styrene bør kjenne til.

Skriftlig materiell som de regionale helseforetakene og helseforetakene oppgir at de sender til nye styremedlemmer, er stort sett knyttet til økonomi, driftssituasjon og informasjon om styrets rolle og oppgaver.

Figur 6 Andel styremedlemmer i RHF- og HF-ene som oppgir at de har fått innføring i ulike temaer, i prosent



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til alle styremedlemmer i RHF-ene og HF-ene.

Figur 6 viser at flest styremedlemmer på begge nivåer oppgir at de har fått innføring i styrets ansvar og rolle, intern organisering og foretakets økonomi, altså de samme temaene som de får tilsendt skriftlig materiell om som nye styremedlemmer. Det er færre styremedlemmer, både i RHF-ene og HF-ene, som oppgir at de har fått innføring i helsefaglige begreper, pasientbehandling og risikostyring/internkontroll.

Analyse av svarene i spørreundersøkelsen viser at det er enkelte forskjeller i når man tar høyde for bakgrunnen til styremedlemmene. Ansattrepresentantene på HF-nivå ønsker i større grad enn de eieroppnevnte medlemmene å få mer opplæring i

124) Bortsett fra Helse Fonna HF, som oppgir at de ikke har noen egen rutine for opplæring.

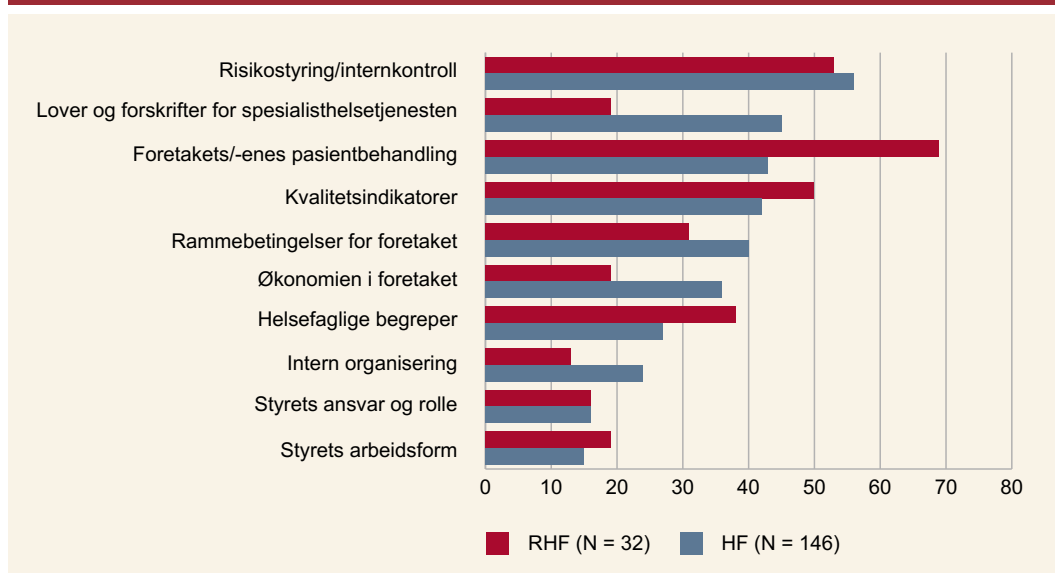
125) HN: 74 prosent, HV: 62 prosent, HMN: 56 prosent, HSØ: 52 prosent.

økonomien i foretaket og mindre opplæring i temaer som gjelder kvalitet i pasientbehandlingen. Det er ikke systematiske forskjeller mellom regionene.

Egenevaluering kan være et nyttig verktøy for å kartlegge hva styret eventuelt trenger mer opplæring i. Alle de regionale helseforetakene og helseforetakene, bortsett fra ett helseforetak¹²⁶, oppgir at de gjennomfører egnevalueringer av styret årlig.

Det er 14 HF-styrer som har gjennomført egnevalueringene som en spørreundersøkelse til styremedlemmene, men det varierer hvorvidt det er laget noen oppsummering av utfordringer, læringspunkter og eventuelle tiltakspunkter. En gjennomgang av egnevalueringene som er gjennomført som spørreundersøkelser, viser at disse i seg selv gir lite informasjon om forbedringspunkter og at styrene i all hovedsak godt fornøyd med egen innsats og hvordan styrene fungerer. For de styrene som ikke har laget en oppsummering, er det uklart hvordan spørreundersøkelsen er brukt av styret. Blant de fire styrene som ikke har gjennomført en spørreundersøkelse, men som bare har en muntlig diskusjon hvor de evaluerer styret, er det samtidig eksempler på gode oppsummeringer med tiltak.

Figur 7 Andel styremedlemmer i RHF- og HF-ene som oppgir at det er behov for å styrke kompetansen innenfor ulike temaer (enten mer opplæring eller samlet sett bedre kompetanse), i prosent



Kilde: Spørreundersøkelse til alle styremedlemmer

I spørreundersøkelsen oppgir over halvparten av styremedlemmene på begge nivåer at styret samlet sett burde ha mer kompetanse i risikostyring/internkontroll, jf. figur 7. Styremedlemmene på begge nivåer oppgir også kvalitetsindikatorer som et område der det er behov for mer kompetanse.

Styremedlemmer i helseforetakene ønsker seg i tillegg mer kompetanse om lover for spesialisthelsetjenesten, mens det på RHF-nivå er flest som mener det er behov for å styrke styrets kompetanse om pasientbehandling i regionen. Det er ikke vesentlige forskjeller i kompetansebehovet mellom foretaksgruppene, men analysen viser at styremedlemmene på begge nivåer gir uttrykk for at det er behov for å styrke kompetansen på områder det gis relativt lite innføring i. Det gjelder blant annet risikostyring/internkontroll og lover og forskrifter som regulerer spesialisthelsetjenesten.

126) Helse Møre og Romsdal HF.

I fritekstsvarene i spørreundersøkelsen gir mange av styremedlemmene for øvrig uttrykk for at det er behov for bedre IKT-kompetanse.

I intervju med styremedlemmer i utvalgte RHF og HF gis det på ulikt vis uttrykk for at det er en krevende oppgave å følge med på innholdet i tjenestene. Flere opplever omfanget av indikatorer og kompleksiteten i foretakene som utfordrende. Styremedlemmene som ble intervjuet gir uttrykk for at kontinuiteten i styrene er viktig, fordi det tar tid for nye styremedlemmer å bli kjent med sektoren. Flere av dem som ble intervjuet fra administrasjonen, gir samtidig uttrykk for at de i liten grad blir utfordret av styret med kritiske spørsmål om kvalitetsarbeidet. Selv om ansattrepresentantene bidrar med viktig kunnskap om det helsefaglige, er ikke kompetansen nødvendigvis knyttet til erfaring med sykehusdrift og systematisk kvalitetsarbeid.

I evalueringen som Agenda Kaupang gjennomførte i 2012, ga styremedlemmene også uttrykk for at de ønsket å bruke mer tid på pasientbehandling og risikostyring i styremøtene.¹²⁷

5 Vurderinger

5.1 De fleste styrene i helseforetakene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men har ikke en praksis med å følge opp utfordringene systematisk nok

Styrene har det overordnede ansvaret for at de helsepolitiske målene som settes for foretaket, nås. Videre skal styrene føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig, og at de jobber systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Styrene skal sørge for å få informasjon om hvorvidt helse- og omsorgslovgivningen overholdes, om tjenestene er forsvarlige, og om foretakene arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

I 2017 fikk mange av styrene i helseforetakene og de regionale helseforetakene mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet. De fleste styrene fikk informasjon om resultatene av de helsepolitiske målene i månedsrapporter og tertialvise eller halvårslige rapporter. De områdene som fikk størst oppmerksomhet, er ventetider og fristbrudd. De fleste styrene i helseforetakene fikk oversikt over utviklingen over tid på sentrale indikatorer. I tillegg behandlet de fleste av styrene minst én sak i 2017 der kvalitet eller pasientsikkerhet var hovedtema.

Undersøkelsen viser imidlertid at informasjonen som styrene får om kvalitet og pasientsikkerhet, ikke nødvendigvis gjenspeiler de største utfordringene i helseforetakene. To sentrale kilder til informasjon om utfordringer er resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og risikorapporteringen fra administrasjonen til styret.

Revisjonen har valgt ut tolv sentrale indikatorområder for å vurdere hvorvidt styrene får informasjon om negative resultater. Undersøkelsen viser at det varierer både mellom foretaksgruppene og innad i foretaksgruppene hvorvidt styrene i helseforetakene får informasjon om resultat og tiltak der det er negative resultater på de tolv utvalgte indikatorområdene.

Seks styrer med negative resultater på indikatorområdene fikk i 2017 i liten grad informasjon om resultatene og eventuelle tiltak som var satt i gang. Disse seks styrene er fordelt på Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge og Helse Nord. Helseforetakene som i

¹²⁷) Agenda Kaupang (2012). «Evaluering av styrene i helseforetakene. En evaluering av roller og funksjon for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene».

størst grad informerer om negative resultater fra kvalitetsindikatorne, skiller seg ut ved at styrene i disse helseforetakene også får mer utfyllende informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet i styredokumentene.

Undersøkelsen viser videre at risikorapporteringen ikke nødvendigvis gir styrene informasjon om de reelle risikoene i helseforetaket. I 2017 rapporterte en del helseforetak på områder med lav risiko hvert tertial, og mange styrer fikk heller ikke informasjon om endringer i risikonivået i løpet av året. Det er bare enkelte helseforetak i Helse Sør-Øst som har fjernet risikoområder eller lagt til nye identifiserte risikoer i løpet av året.

Styrene får i liten grad informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet ut over de områdene det er stilt krav om i oppdragsdokumentene. Dette fører til at den informasjonen som styrene får om resultatene fra kvalitetsindikatorne og fra risikorapporteringene, ikke nødvendigvis gjenspeiler de største utfordringene i det enkelte helseforetak.

Styrene har et selvstendig ansvar for å sørge for å få informasjon om utfordringer i helseforetaket. Undersøkelsen viser at det er få eksempler på at styrene etterspurte informasjon om foretakets utfordringer i 2017, eller ba om å bli oppdatert om effekten av igangsatte tiltak. Bortsett fra i protokollene til foretakene i Helse Vest er det lite dokumentasjon om hva styrene mener om den informasjonen de får, og om de følger opp at nødvendige tiltak settes i verk. Selv når styrene får informasjon om negative resultater som omhandler kvalitet, er det sjelden styrene vedtar noe mer enn at saken tas til orientering.

Protokoll fra møter er det som formelt sett dokumenterer vedtak og gjør dem bindende for administrasjonen i foretakene. Undersøkelsen viser at styrene stiller en del muntlige spørsmål og gir kommentarer og føringer i styremøtene. Det er imidlertid få spor i protokollene av dette. Videre har styrene seminarer der kvalitet og pasientsikkerhet kan være tema, men det fattes ikke vedtak og føres heller ikke protokoll fra slike seminarer. Protokollene til foretakene i Helse Vest skiller seg ut ved at de protokollfører både innspill fra styret og hva styret ønsker at skal bli fulgt opp av administrasjonen. Det er dermed mer sporbart hvilke føringer styret har gitt i disse foretakene.

Styret skal ha en uavhengig rolle og kontrollere ledelsens arbeid, og styret bør utfordre ledelsen når det er nødvendig. Etter revisjonens vurdering er styrene for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer. Dette gjelder særlig styrene i Helse Sør-Øst, Helse Nord og Helse Midt-Norge. Slik informasjon er nødvendig for at styrene skal kunne føre tilsyn med at foretakene drives forsvarlig, og at det jobbes systematisk med kvalitetsforbedring.

5.2 Mange av styrene i både helseforetak og regionale helseforetak ivaretar ikke godt nok sitt ansvar for å påse at styringssystemet fungerer

En sentral del av styrenes tilsynsansvar er å påse at foretakene har et forsvarlig styringssystem, det vil si en internkontroll som bidrar til kvalitetsforbedring, og at foretakene når målene sine og etterlever kravene til foretaket. Styrene har et selvstendig ansvar for å påse at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring i virksomheten. Styret skal minimum én gang i året foreta en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

Undersøkelsen viser at i 2017 fikk kun 7 av 20 styrer i helseforetakene presentert en samlet gjennomgang av styringssystemet. Blant disse var styrene i det største helseforetaket i hver foretaksgruppe. Disse sju styrene har, etter revisjonens vurdering,

et bedre grunnlag for å påse at styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring. Enkelte av de øvrige 13 styrene fikk imidlertid informasjon om at helseforetaket jobber med å utvikle styringssystemet.

Når det gjelder utvalgte deler av styringssystemet, viser undersøkelsen at mange styreverger fikk informasjon om hvilke mål som skulle risikovurderes. Men over halvparten (14) av HF-styrene fikk ikke en beskrivelse av prosessen for å identifisere og håndtere risiko i 2017. Disse styrene er fordelt på alle de fire foretaksgruppene. Flere av internrevisjonene i de regionale helseforetakene har vist at det er svakheter ved risikostyringen. Samtidig er det bare styret i Helse Bergen HF som har bedt om endringer i risikostyringsprosessen. Etter revisjonens vurdering viser dette at mange av styrene ikke i tilstrekkelig grad påser at risikostyringen fungerer etter hensikten. Dette kan føre til at de største risikoene for manglende måloppnåelse ikke identifiseres.

Når det gjelder oppfølging av uønskede hendelser, viser undersøkelsen at det var åtte styreverger – fordelt på alle foretaksgruppene – som ikke fikk noen informasjon i styresakene om ulike typer uønskede hendelser, meldekulturen eller hvordan uønskede hendelser er brukt i forbedringsarbeidet. Flere styreverger fikk imidlertid en del muntlig informasjon om blant annet alvorlige enkelthendelser.

Undersøkelsen viser videre at de fleste styrene fikk skriftlig informasjon om avvik fra eksterne tilsyn og presentasjon av internrevisjonsrapporter.

Av styrene i de regionale helseforetakene, fikk Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF både mest informasjon om de utvalgte delene av styringssystemene og en samlet gjennomgang av systemet.

Undersøkelsen viser at få HF-styreverger i 2017 fikk informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet som grunnlag til læring på tvers. I to av foretaksgruppene (Helse Sør-Øst og Helse Nord) er det ikke dokumentert at styrene i 2017 har fått internrevisjonsrapporter der andre helseforetak har vært revisjonsobjekt og som eget foretak kan lære av. Det var også få styreverger som fikk informasjon om nestenhendelser, selv om slike hendelser kan bidra til å forebygge at alvorlige hendelser skjer. Videre fikk få styreverger informasjon om kvalitetsindikatorer som viser sammenligninger av resultat med andre helseforetak og regioner. Etter revisjonens vurdering innebærer dette at styrene i for liten grad følger opp at helseforetakene bruker de mulighetene som ligger i styringssystemet til å framskaffe informasjon som kan bidra til kvalitetsforbedring.

Helse- og omsorgsdepartementet viser til at *forskrift om kvalitet og ledelse*, først trådte i kraft 1. januar 2017, og kravet om en årlig gjennomgang av styringssystemet har dermed virket i kort tid. Revisjonen vil påpeke at selv om den nye forskriften tydeliggjør kravene til styringssystem, har styrene også før forskriften trådte i kraft, hatt ansvar for å føre tilsyn med virksomhetens internkontroll. I tillegg har det vært stilt krav i foretaksmøte om at styrene minimum én gang i året skal foreta en samlet gjennomgang av foretaksgruppens risikovurderinger, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik.

Helseforetakene er store og komplekse virksomheter med høy risiko. Gode styringssystemer er en forutsetning for at styrene skal kunne påse at mål og krav som blir stilt til kvalitet og pasientsikkerhet, ivaretas. Etter revisjonens vurdering viser undersøkelsen samlet sett at mange av styrene i foretakene ikke følger godt nok opp at risikostyringen og styringssystemet fungerer. Dette innebærer at mange av styrene ikke har tilstrekkelig kjennskap til om styringssystemet bidrar til kvalitetsforbedring.

5.3 Prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene sikrer ikke godt nok at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse

En av de viktigste oppgavene for staten som eier er å sørge for godt sammensatte og kompetente styre som forvalter ansvaret på vegne av fellesskapet. Styret må settes sammen slik at det samlet sett har den nødvendige kompetansen til å ivareta oppdraget og ansvaret som styret pålegges. Styrets sammensetning skal bidra til at styret kan balansere ulike interesser og ta en aktiv rolle for å drive og utvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med nasjonal helsepolitikk. Videre bør styret være en ressurs, diskusjonspartner og støttespiller for selskapets ledelse. I sammensetningen av styre bør eier legge vekt på at styret har tilstrekkelige forutsetninger til å gjøre selvstendige vurderinger av ledelsens saksframlegg og selskapets virksomhet. I tillegg må styret settes sammen slik at det har kompetanse som samsvarer med de utfordringene det regionale helseforetaket står overfor.

Statsministerens kontor har utarbeidet interne retningslinjer for å etablere tydelige rutiner for forankring av styrevalg i regjeringsapparatet. Denne inneholder særlig retningslinjer for regionale helseforetak. Den delen av retningslinjene som beskriver rutiner for arbeid med styrevalg gjelder imidlertid ikke for styrevalg for de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har dermed ingen skriftlig prosedyre som blant annet beskriver prosessen med intervju av styremedlemmer, slik de andre eierdepartementene har. Av de regionale helseforetakene er det bare Helse Midt-Norge RHF som har utarbeidet en skriftlig prosedyre for styrevalg.

Både Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger en annen praksis enn Nærings- og fiskeridepartementet når det gjelder rutiner for arbeidet med styrevalg.

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomfører bare intervjuer med styreleder og administrerende direktør i de regionale helseforetakene. Departementet får dermed begrenset innsikt i styrenes fungeringsmåte og hvilke utfordringer styremedlemmene mener det regionale helseforetaket står overfor. Til sammenligning gjennomfører Nærings- og fiskeridepartementet intervjuer med alle sittende styremedlemmer årlig, også ansattrepresentanter, for å få deres oppfatning av hvordan styret fungerer.

Tre av de regionale helseforetakene intervjuer styreledere og administrerende direktør i hvert helseforetak i forbindelse med valg av nye styremedlemmer, mens to regionale helseforetak (Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF) intervjuer alle eieroppnevnte styremedlemmer – hovedsakelig for å kartlegge om de ønsker gjenvalg.

Alle de regionale helseforetakene opplyser at de har kjennskap til utfordringer i helseforetakene gjennom løpende virksomhetsrapportering, og valgkomiteene diskuterer utfordringer og kompetansebehov i de ulike styrene. Det er imidlertid bare Helse Nord RHF som har laget en kort skriftlig redegjørelse for hvordan styrene i de ulike helseforetakene fungerte og en oppsummering av utfordringene i to av helseforetakene. De andre regionale helseforetakene har ikke gjort dette. Det er heller ingen av de regionale helseforetakene som har laget referat fra samtaler de har hatt med styreleder, administrerende direktør eller eieroppnevnte styremedlemmer. Dette innebærer at prosessen med styrevalg er lite transparent i de regionale helseforetakene. Nærings- og fiskeridepartementet understreker at det er viktig å ha en skriftlig beskrivelse av utfordringene i det enkelte selskapet og hva som er kompetansebehovet i det enkelte styret for å bidra til å sikre riktig kompetanse i styrene.

Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene i ulik grad har kompetansekrav som er felles for alle styrene. Men de har ikke laget en kravspesifikasjon som angir hvilken kompetanse det er behov for i de enkelte styrene, og som kan benyttes i søk etter aktuelle kandidater. Til sammenligning opplyser Nærings- og fiskeridepartementet at de utarbeider en kravspesifikasjon som beskriver hva slags kompetanse det skal søkes etter, og som er selve grunnlaget for rekrutteringen.

Helse- og omsorgsdepartementet har bare samtaler med de kandidatene som de velger å innstille, mens det varierer hvorvidt de regionale helseforetakene intervjuer flere kandidater enn de som innstilles. Nærings- og fiskeridepartementet opplyser på sin side at de vanligvis intervjuer flere aktuelle kandidater enn de som blir innstilt til valg, og at vurderingen av styremedlemmenes kapasitet er en viktig del av intervjuene.

Både Helse- og departementet og de regionale helseforetakene har i innstillingen om nye styremedlemmer bare dokumentert faktaopplysninger som utdanning, yrkesbakgrunn og eventuell styreerfaring. Det er dermed vanskelig å etterprøve hvilke vurderinger som ligger til grunn for valg av de enkelte styremedlemmene. For eksempel er det ikke dokumentert noe om hvilke vurderinger som er gjort av personlig egnethet, habilitet, motivasjon eller kapasitet.

Når det gjelder utviklingen av styrenes kompetanse, viser undersøkelsen at både Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene tilbyr opplæring og sørger for at styremedlemmene får en viss innføring i styrearbeidet. Undersøkelsen viser samtidig at det departementet og de regionale helseforetakene gir lite opplæring på enkelte områder der styremedlemmene selv etterlyser bedre kompetanse. Det gjelder spesielt internkontroll og risikostyring, der både denne undersøkelsen og de regionale helseforetakenes egne internrevisjoner har vist at det er svakheter. Revisjonen mener at det er mulig å oppnå bedre utnyttelse av evalueringer og mer tilpasset kompetanseutvikling.

Undersøkelsen viser at mange av styrene kan følge opp kvaliteten og pasient-sikkerheten i foretakene mer aktivt og å påse at de systemene som er etablert, bidrar til kvalitetsforbedring. Samtidig viser undersøkelsen at det er risiko for at prosessen med styrevalg ikke sikrer at styrene har relevant kompetanse. Det gjelder spesielt valgprosessene i de regionale helseforetakene, men også deler av prosessen som gjennomføres i Helse- og omsorgsdepartementet. Etter revisjonens vurdering er det viktig at Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene har en valgprosess som bidrar til at det enkelte styret samlet sett har en kompetanse som står i forhold til utfordringene i det enkelte foretaket. Riktig kompetanse er en forutsetning for at styret skal kunne ivareta sitt overordnede ansvar for forvaltningen av foretaket.

6 Referanseliste

Regelverk

- *Lov om spesialisthelsetjenester m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret: LOV-2018-06-22-76.
- *Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m.* (helsetilsynsloven). LOV-1984-03-30-15. Sist endret: LOV-2015-12-18-121 fra 01.01.2016.
- *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). LOV-2001-06-15-93. Sist endret: LOV-2013-06-14-41 fra 01.07.2013.
- *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.* FOR-2016-10-28-1250. Endrer FOR-12-20-1731.

Instrukser og veiledere

- Veileder til *forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* IS-IS-2620.

Stortingsdokumenter

Stortingsproposisjoner

- Ot.prp.nr 66 (2000-2001) *Om lov om helseforetak m.m.*
- Prop. 1 S. Helse- og omsorgsdepartementet (2016–2017), (2015–2016) og (2014–2015)
- Innst. 250 S (2012–2013), jf. St. meld. Nr. 10 (2012–2013) *God kvalitet-trygge tjenester-Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*
- Meld. St. Nr. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap*
- Meld. St. Nr 13 (2010-2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*

Oppdragsdokumenter

Oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene for 2015, 2016 og 2017.

Riksrevisjonsrapporter

Dokument 3:2 (2016–2017) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015*

Sekundær litteratur

Agenda Kaupang (Kaupang: 13) *Evaluerings av styrene i helseforetakene, en evaluering av roller og funksjoner for styrene i de regionale helseforetakene og helseforetakene.*

Andre kilder

- Høringsnotat til forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten
- Protokoll fra foretaksmøte i de regionale helseforetakene av 31. januar 2012
- Nærings- og fiskeridepartementet dokument av 9. oktober 2017 om *statsrådets forvaltning av statens eierskap i selskaper som staten eier alene eller er deleier i.*
- NUES *Forslag til endringer i den norske anbefalingen for eierstyring og selskapsledelse* av 22. mars 2018.

7 Vedlegg

Vedlegg 1 Oversikt over hvilke foretak og private ideelle sykehus som er omfattet av undersøkelsen

Helse Vest RHF
Helse Stavanger HF
Helse Fonna HF
Helse Bergen HF
Helse Førde HF
Helse Midt-Norge RHF
Helse Møre og Romsdal HF
Helse Nord-Trøndelag HF
St. Olavs hospital HF
Helse Nord RHF
Helgelandssykehuset HF
Finnmarkssykehuset HF
Nordlandssykehuset HF
Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Helse Sør-Øst RHF
Akershus universitetssykehus HF
Oslo universitetssykehus HF
Sykehuset i Vestfold HF
Sykehuset Innlandet HF
Sykehuset Telemark HF
Sykehuset Østfold HF
Sørlandet sykehus HF
Vestre Viken HF
Sunnaas sykehus HF
Private ideelle sykehus
Haraldsplass Diakonale Sykehus
Lovisenberg Diakonale Sykehus
Diakonhjemmet Sykehus

Vedlegg 2 Oversikt over delindikatorer, datagrunnlag og beregninger for tolv utvalgte indikatorområder

Indikator-område	Delindikatorer	Periode	N del-indikatorer	Hvordan sette grenseverdien mellom positivt og negativt resultat	Begrunnelse negativt resultat totalt for indikatorområdet	Unntak fra regel
Antibiotika	Antall definerte døgn-doser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode, 2012–2016	2012–2016	1	Nivå: negativt resultat hvis andelen i 2016 er et halvt standardavvik over snittet . Utvikling: negativt resultat hvis prosentvis reduksjon er under 10 prosent fra 2012 til 2016.	Hvis negativt resultat enten på nivå eller utvikling.	Et HF har ikke redusert nok, men ligger lavest i landet (får positiv score).
Barne-diabetes	Andel pasienter med akutt komplikasjon siste måleperiode. Andel pasienter som hadde HbA1c <7,5 %, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll. Andel pasienter som hadde HbA1c ≥9,0 %, målt ved sentralt laboratorium, ved siste årskontroll	2016 (2015 og 2016 for akutte komplikasjoner)	3	Andel akutte komplikasjoner: Dårlig score hvis et halvt standardavvik over gjennomsnittet både i 2015 og i 2016. Andel HbA1C mindre enn 7,5: dårlig score hvis et halvt standardavvik under gjennomsnittet. Andel HbA1C større enn 9: dårlig hvis et halvt standardavvik over gjennomsnittet.	Hvis negativt resultat på enten delindikator «Andel HbA1C større enn 9» eller negativt resultat på delindikator «Andel HbA1C mindre enn 7,5»	Ingen
Fødselsrifter	Andel store rifter blant alle vaginalt fødende. Andel store rifter blant førstegangsfødende som føder vaginalt. Andel store rifter blant førstegangsfødende forløst instrumentelt	2014–2016	3	For hver delindikator er det beregnet et gjennomsnitt for perioden 2014–2016. Negativt resultat hvis et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet i perioden 2014–2016	Hvis negativt resultat på flere enn én delindikator	Ingen
Sykehus-infeksjoner	Andel helsetjeneste-assosierte infeksjoner	2015 og 2016	1	Nivå: negativt resultat hvis andelen er lik eller høyere enn 3,5 (landsgjennomsnitt 2016 og mål i OD for 2018). Utvikling: negativt resultat hvis andelen har økt med 0,5 prosentpoeng eller mer fra 2015–2016 (krav om reduksjon i OD 2017)	Hvis negativt resultat enten på nivå eller utvikling	Ingen
Hjemmedialyse	Andel dialysepasienter som har hjemmedialyse	Tertialvis utvikling 2016–2017	1	Det er estimert andel i 1. tertial 2018 basert på endring 1. tertial 2016–1. tertial 2017. Negativt resultat hvis estimert andel 1.tertial 2018 er under 30 prosent	Hvis estimert andel 1. tertial 2018 er under 30 prosent (målet i oppdragsdokumentet er minst 30 prosent i 2018)	Ett HF har veldig høy andel 2. tertial 2017 og får god score pga. dette uavh. av estimert utvikling.
Korridor-pasienter	Andel korridorpasienter på sykehus	2016	1	Negativt resultat hvis et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.	Negativt resultat hvis et halvt standardavvik over landsgjennomsnittet.	Ingen
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus	30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus uansett årsak. 30 dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerneslag. 30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus ved hjerteinfarkt	2016	3	Helsenorges rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre	Hvis signifikant høyere enn snittet ifølge Helsenorge på én av tre indikatorer	Ingen

Overlevelse 5 år etter behandling av kreft	5 års overlevelse etter behandling av brystkreft, lungekreft, tykktarmskreft, høy-risiko prostatakreft, endetarmskreft	2016	5	Negativt resultat hvis andelen som overlever 5 år, er under målet som er angitt på helsenorge.no (gjelder alle delindikatorer unntatt prostata). Delinindikator om prostatakreft: negativt resultat hvis andelen er et halvt standardavvik under landsgjennomsnittet. For lungekreft, tykktarmskreft og endetarmskreft er det angitt data fordelt på kvinner og menn. Dersom ett av kjønnene ligger under målet, har hele delindikatoren for kreftformen fått tildelt negativt resultat.	Hvis negativt resultat på tre eller flere delindikatorer	Ingen
Pasient-skader	Andel pasientskader målt med Global Trigger Tool (GTT)	2012–2016	1	Snittreduksjon i andel over år. Målet i OD: reduksjon fra 2012 til 2018 på 25 prosent.	Hvis snittreduksjon per år i perioden er mindre enn –0,5 prosentpoeng	Enkelte avvik basert på vurdering av trend
Re-innleggelser	Sannsynlighet for reinnleggelse eldre	2016	1	Helsenorges rapportering av hvilke HF som er signifikant dårligere enn andre	Hvis signifikant høyere enn snittet ifølge Helsenorge	Ingen
Trombolyse	Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet innen 40 min etter innleggelse; andel pasienter innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (akutt)	2016	2	Andel trombolysebehandlet 40 min hjerneinf: negativt resultat hvis nivået er under 50 prosent (mål i OD). Andel trombolysebehandlet akutt: negativt resultat hvis et halvt standardavvik under gjennomsnittet.	Hvis negativt resultat på minst én delindikatorer	Ingen
Tvang	Andel tvangsinnleggelser; utvikling andel tvangsinnleggelser 2015–2016; andel pasienter med tvangsmiddelvedtak i psyk. helsevern døgnoophold; utvikling andel tvangsmiddelvedtak 2015–2016		2	For begge delindikatorer er det beregnet resultat både for nivå og utvikling. Dette gir fire beregninger. Nivå: negativt resultat hvis et halvt standardavvik over snittet. Utvikling: negativt resultat hvis utviklingen fra 2015 til 2016 viser 0,5 prosentpoeng økning eller høyere	Hvis negativt resultat på minst to av fire beregninger.	Hvis negativt resultat på andel tvangsinnleggelser, får HF-et alltid negativt resultat på området for tvang



Direktøren

Styresak 42/10

Pasientsikkerhet og kvalitet

Saksbehandler:

Barthold Vonen

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

09.09.2010

Dokumenter i saken :

Trykt vedlegg:

Utrykt vedlegg: Styresak 35/2010, 36/2010 og 39/2010

Saksbehandlers kommentar :

Bakgrunn

Styret ble i møtet 25. august orientert om oppfølgingen av styrevedtak i sakene 35/2010 og 36/2010 knyttet til oppfølgingen av den såkalte kreftkirurgisaken og fattet i sak 39/2010 følgende vedtak:

1. *Styret viser til redegjørelsen om etablering av et gjennomgående økt fokus på, og tiltak for å styrke pasientsikkerheten og kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset HF. Styret gir sin tilslutning til dette arbeidet, og ber direktøren komme tilbake med tiltak for å kunne etablere det framlagte ambisjonsnivået internt, herunder indikatorer for resultatoppnåelse og rapportering til styret. Skal dette arbeidet bli vellykket fordrer det, etter styrets mening, medisinsk kompetanse som har dette som hovedoppgave i toppledelsen. Denne premissen tas med i det videre arbeidet med rekruttering av ny direktør og sammensetning av toppledelsen.*

I denne saken orienteres styret om oppfølgingen av denne saken og inviteres til å slutte seg til innholdet i dette arbeidet.

Arbeidet er innrettet mot:

- Ta i bruk Docmap helt og fullt som kvalitetssystem i NLSH
- Pasientsikkerhet og kvalitet
- Elektronisk pasientjournal

DocMap

Helse Nord har valgt Docmap som elektronisk kvalitetsverktøy til bruk både for helseforetakene, HFene, og regionalt helseforetak, RHF. Verktøyet består forenklet sagt av to hovedmoduler; en modul for styrende dokumenter/prosedyreverk m.m., og en observasjonsmodul; modul for å melde og behandle forbedringer og avvik.

HFene og RHF har tatt Docmap i bruk gradvis både hva gjelder systemets funksjonalitet og mht omfang av bruk i hele eller deler av organisasjonen. Det gjenstår fortsatt en del arbeid før systemet er tatt i bruk fullt ut. Ledergruppen behandlet saken i sitt møte 24.08.2010 og sluttet seg til følgende:

"For å styrke pasientsikkerheten og kvalitetsarbeidet i Nordlandssykehuset skal Docmap tas fullt ut i bruk i alle klinikker til dokumentasjon av rutiner, prosedyrer og avviksoppfølging.

Målet ansees realisert når det ikke foreligger papirutgaver av rutiner, prosedyrer og avviksmeldinger og at Docmap brukes aktivt i avdelingens daglige drift.

Fag/kvalitet skal kartlegge hva som skal til innenfor den enkelte klinikk samt Fag/Kvam for å nå dette målet. Dette skal presenteres for ledergruppen på møte 7.9.2010. Fag/kvalitet skal lage sak til ledergruppen innen fredag 3.9.2010.”

Med dette som utgangspunkt har det vært gjennomført dialogmøter med klinikkjefene hvor blant annet følgende ble fokusert:

- Plan for opplæring av henholdsvis Docmapadministratorer, superbrukere og alminnelige brukere av Docmap
- Plan for å komplettere samlingen/biblioteket av prosedyrer/styrende dokumentasjon; herunder plan for å inkludere de enheter som mangler dette fullt og helt
- Plan for å oppdatere utdaterte dokumenter i Docmap
- Plan for å forbedre struktur/oppbygging av systemet; forsider/dokumentsamlinger mv.
- Plan for å ta i bruk observasjonsmodulen/avviksmodulen; herunder plan for opplæring av ledere/superbrukere og alminnelige brukere

Alle klinikkene har gitt innspill til det videre arbeidet. Følgende forhold må ryddes i som en del av det videre arbeid:

- Docmap må ha **fullverdig 1. linje support**. Det må være mulig å få brukerstøtte til denne applikasjonen på linje med andre applikasjoner som e-postlesere, DIPS, etc.
 - Fagavdelingen må lage et forslag til hvordan dette skal etableres og avgrenses mot klinikkene og ressursbehovet knyttet til dette,
 - § notat innen 14 dager,
 - § ny ressurs på plass
- **Vedlikehold av tilgangsdatabase** i Docmap må organiseres. De må være like selvfølgelig at en medarbeider defineres i Docmap som at vedkommende får utlevert nøkkel.
 - Fagavdelingen følger opp med notat med hvordan dette skal løses og organiseres innen 14 dager
 - Sett i gang innlegging ved kjøp av eksterne ressurser.
 - Fagavdelingen gir råd om indekseringsproblematikk
- Egnede **undervisningslokaler** må gjøres tilgjengelig; etter at seksjon for kunnskapsbygging tok i bruk lokalene for datalaben i Rønvik til kontorer har vi ikke egnede lokaler for undervisning i bruk av dataverktøy.
 - Fagavdelingen følger opp kursrom innenfor psykiatri
 - Drift- og eiendom følger opp kursrom innenfor somatikken
- Det iverksettes **felles og klinikkovergripende** opplæringstiltak overfor foretakets virksomheter i Lofoten og Vesterålen.
 - Fagavdelingen har ansvar for utforming av opplæringsopplegg for DocMap, bruk av Lars Strauman
 - Medisin kjører et opplegg i Vesterålen som andre klinikker kan henge seg på
- Det må være en måte å **melde avvik** på i organisasjonen og **stabsavdelinger** må også ta denne i bruk. Det må være tydelig hvordan saksbehandling av avvik/observasjoner ut over egen linje skal skje.
 - Fagavdelingen har ansvar for at avviksmelding er på plass
 - Fagavdelingen har ansvar for innlegging av brukere og strukturen for melding
 - Opplæring i avvikshåndtering

- Det må sikres at **utstyrsparken** (datamaskiner, nettverkstilkobling, etc) er tilpasset den enkeltes bruk av Docmap. Spesielt gjelder dette ressurspersoners problemer knyttet til **ny plattform** (citrix).
 - o Fagavdelingen følger opp med et notat på ½ side som adresserer problemstillinger knyttet til CITRIX og som kan videresendes til HN IKT, 14 dager. Dette følges opp av direktøren i forhold til Helse Nor IKT
- **Utstyrspark og linje problemer** i forhold til Lofoten og Vesterålen
 - o Fagavdelingen har ansvar

Notater leveres fra fagavdelingen i løpet av 14 dager.

Som en del av arbeidet med å utvikle bruken av Docmap må følgende grunnleggende forhold utredes og avklares:

- Den etablerte godkjenningspraksis for prosedyrer i DocMap er i utgangspunktet oversiktlige hvor nærmeste enhetsleder kan være godkjenner. Det oppstår imidlertid en utfordring når prosedyrer er klinikkovergripende. I slike tilfeller bør det avklares om direktøren skal være godkjenner.
- Standardiserte maler: Slike eksisterer men det må vurderes om disse er hensiktsmessige for hele organisasjonen eller om enkelte områder trenger tilpassede maler. Videre bør det avklares om hvilken detaljeringsgrad malene skal ha og i forlengelsen av om det skal utvikles mer formelle hovedavsnitt innen enkelte fagområder eller emner. I denne forbindelse er det hensiktsmessig å avklare om pleiefaglige og medisinske prosedyrer skal slås sammen eller være separate der det faglige egentlig er felles.
- Søketermer og bruk av latinske eller norske begreper i overskriftene må avklares. Det kan argumenteres for at både latinske og norske termer bør inkluderes i overskrifter slik at sensitiviteten for treff ved søk øker.
- Enkelte faglige prosedyrer som omhandler like problemstillinger forekommer i forskjellige avdelinger. I slike tilfeller bør prosedyrene harmoniseres. Arbeidet med å identifisere disse områdene må koordineres. Det fagmiljø som forstås å "eie" problemstillingen må ta ansvaret med å koordinere arbeidet med disse prosedyrene. Et eksempel på dette kan være prosedyrer for å håndtere hyper- eller hypoglykemi. Et felles prosedyregrunnlag for disse problemstillingene bør koordineres av avd. for generell indremedisin i Bodø evt. endokrinolog.
- Visse områder innen kommunikasjon, overlevering og samarbeid mellom avdelinger eller enheter bør reguleres av prosedyrer. Aktuelle eksempler kan være prosedyrer for informasjon til bestiller om resultater av øyeblikkelig-hjelp undersøkelser fra diagnostisk klinikk, operatørene/brukerne sin samhandling med intensivenheten rundt intensivpasienten, og ansvarsforhold og rutiner for tilsyn og omhendetaking av pasienter i akuttinntak. For denne typen prosedyrer kan det være nyttig å undersøke hva Helsetilsynet etterspør i sitt revisjonsarbeid.

Pasientsikkerhet og kvalitet

Styret ble i møte 25.08.2010 orientert om planlagt arbeid med pasientsikkerhet og kvalitet. Nedenfor redegjøres for en del av elementene i dette arbeidet. Nedenfor redegjøres for konkrete elementer både innen "Lederskap for sikkerhet" programmet, bruk av Trygg Kirurgi sjekklisten og i den planlagte satsningen på registrering og rapportering av kvalitet i kjernevirksomheten.

Innføring av Trygg Kirurgi sjekklisten

AKUM og Kir-Ort klinikk har hatt kick-off samling 6.september og starter utprøving ved 3 enheter. Prosessen med innføring følger de grunnleggende råd som gis fra WHO hvor man anbefaler å bruke noe tid for å unngå unødvendig motstand og uvilje mot ordningen. Det er et mål at sjekklisten skal være i bruk ved 70 % av foretakets operative virksomhet innen årsskiftet. Erfaringer underveis vil imidlertid kunne føre til at man må akseptere et noe lavere måltall i januar. Det er utviklet et registrering- og rapporteringsverktøy tilpasset DIPS i Helse Vest. Dette verktøyet vil være tilgjengelig for NLSH, og planlegges installert uten vesentlig kostnad innen medio oktober.

Verktøyet benyttes til å monitorere bruken av sjekklisten for den enkelte kirurg, på seksjon og avdelingsnivå i tillegg til å skille mellom øhj og elektiv bruk samt bruk på innlagte og dagkirurgiske pasienter.

Slik oppfølging er nødvendig for å sikre vedvarende bruk etter en innføringsfase og for å kunne stimulere til å nå ønskede måltall.

Innledende undersøkelse av ansattes holdninger til pasientsikkerhet

For å få generell kunnskap om forståelsen av pasientsikkerhet i foretaket og hvor det spesielt vil være viktig å sette inn tiltak bør det gjøres en undersøkelse av personalets holdninger til pasientsikkerhet. Et norsk tilpasset og validert spørreskjema (SAQ, kort form) er nå tilgjengelig. Undersøkelsen skal gjennomføres i samarbeid med Kunnskapssenteret i regi av fagavdelingen innen november 2010.

For å følge utviklingen og resultat av tiltak vil denne undersøkelsen vil bli gjentatt med regelmessige intervaller i mindre utvalg av personalet

Vi er kjent med at det er gjennomført en undersøkelse om pasientsikkerhet i regi av sykepleierforbundet. Det vil bli vurdert hvorvidt resultatene fra denne undersøkelsen kan brukes i det videre arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet i Nordlandssykehuset.

Innledende undersøkelse av standardisert sykehusdødelighet

En systematisk gjennomgang av de siste 50 dødsfall i sykehuset vil gi bred kunnskap om systemrelaterte forhold som berører sentral klinisk praksis. Slik gjennomgang gjøres ved hjelp av 3 standardiserte registreringsskjema. Det etableres en faggruppe for å gjennomføre dette arbeidet med støtte fra fagavdelingen og i samarbeid med Kunnskapssenteret. Rapporten forventes ferdig primo november 2010.

Monitorering av standardisert sykehus dødelighetsrate og skadefrekvens per 1000 liggedøgn

Standardisert sykehus dødelighetsrate skal rapporteres regelmessig til styret. Slik rapportering kan mest hensiktsmessig starte etter at resultatene fra den sykehusdødelighetsanalysen er ferdig.

Monitorering av skadefrekvens i sykehus kan være en møysommelig og ressurskrevende prosess. Bruk av strukturerte verktøy kan forenkle dette arbeidet. Kombinasjonen av søkeverktøyet Global Trigger Tool (GTT) og statistisk prosesskontroll brukes for å kartlegge skadefrekvens per 1000 liggedøgn. Dette arbeidet vil innledningsvis gjennomføres på sykehusnivå med bruk av beskjedne ressurser. Det er naturlig å samordne dette arbeidet med kartlegging av standardisert sykehusdødelighet.

Det vurderes om IT støttet GTT kan være nyttig for NLSH

Bruk av resultater fra kliniske kvalitetsregistre

Fagavdelingen skal undersøke hvilke kvalitetsregistre vi leverer data til lokalt, regionalt, nasjonalt og eventuelt internasjonalt. Videre skal det avklares hvilke resultater som leveres fra disse registrene, hvor ofte nye resultater er tilgjengelige og hvem som får tilgang til disse opplysningene. Det er videre viktig at berørte fagfolk gir tilrådninger om hvordan slike kvalitetsdata kan og bør brukes. Etter denne gjennomgangen skal det lages en sak for foretaksledelsen hvor en ny og mer aktiv bruk av kliniske kvalitetsdata vedtas. Denne saken forventes ferdig i løpet av januar 2011. Det er nødvendig at våre fagfolk med bakgrunn innen forskning og eventuelt kvalitetsregisterarbeid deltar i dette arbeidet.

Avdelings/seksjonsspesifikke kvalitetsparametre

Det utarbeides en bestilling/invitasjon om å foreslå hensiktsmessige og målbare kvalitetsparametre for den enkelte enhet. Oppdraget gis til klinikksjefene. Det er et mål at hver enhet skal kunne registrere en eller to slike variable slik at intern kvalitet kan følges over tid. Det er viktig at disse variablene har høy intern legitimitet hos berørt personale. Aggregering og seleksjon av hensiktsmessige variabler skal så brukes i avdelings- og klinikk matriser for kvalitetsdokumentasjon. Dette skal igjen gi grunnlag for en forenklet med relevant foretaksmatrise som regelmessig rapporteres til styret. Dette arbeidet planlegges startet før årsskiftet

Pasientsikkerhets score for NLSH

Med bakgrunn i de erfaringer som gjøres med de forskjellige variablene knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet planlegges utvikling av en omforent pasientsikkerhetsscore. Dette skal tilpasset forskjellige ledd i organisasjonen slik at relevant informasjon brukes på riktig sted. Dette arbeidet forventes igangsatt etter nyttår.

Pasientsikkerhetsvisitter

Pasientsikkerhetsvisitter innføres høsten 2010 som en systematisk verktøy for å synliggjøre og løfte fokuset på pasientsikkerhet i organisasjonen. Det vil bli etablert sekretærtjenester som lager referater fra visittmøtene og som påser at registrerte saker følges opp. Direktør og/eller stabsledere deltar i disse strukturerte visittene. Fagavdelingen og Medisinsk direktør samarbeider om utvikling av standardiserte skjema og overordnede prosedyrer for visittmøtene. Pasientsikkerhetsvisitter er så vidt vites ikke brukt i Norge hittil og dette tiltaket vil bli utformet i nært samarbeid med Kunnskapssenteret

Tverrfaglige møter/arenaer og komplikasjonsmøter

- Klinikkene vil få i oppdrag å påse at det brukes formelle tverrfaglige team/arenaer for all kreftdiagnostikk og behandling. Videre skal komplikasjonsmøter inngå som en integrert del av den kliniske virksomheten. Klinikkene vil få i oppdrag å påse at det foreligger tilgjengelig dokumentasjon av møtefrekvens og oversikt over komplikasjoner som er diskutert. Det skal også dokumenteres i den berørte pasientjournal når komplikasjoner er drøftet.

Clinical Audit – Klinisk revisjon

Enkelte avdelinger i foretaket gjennomfører i dag en form for klinisk revisjon. Det planlegges en utredning våren 2011 for å avklare om det er mulig og hensiktsmessig å innføre dette bredt i foretaket.

Elektronisk pasientjournal

Som en del av kvalitetsarbeidet må kompetansen i forhold til bruken av det pasientadministrative systemet styrkes gjennom:

- 1- Oppnevning av ressursbrukere (tidl superbrukere) med forankring i klinikken. Rene it-folk hører til på It-avdelinga
- 2- Arbeidet som ressursbruker formaliseres, dvs. forankres i ledelsen med for eks arbeidskontrakt, stillingsandel og lønnstillegg. Per i dag er superbrukere en frivillig ordning uten forpliktelser
- 3- Ressursbrukerne må følges opp/administreres. Et nivå over dem har ansvar for at de får lagt til rette for å jobbe som ressursbrukere. Ingen tar for eks i dag ansvar for kursing utover egen klinikk/avdeling. Unødige forskjeller i rutiner/prosedyrer opprettholdes
- 4- Det må etableres en opplærings- og kompetanseplan for alle ansatte.
- 5- Elæring som en viktig del av opplærings- og kompetanseplanen. Det er da samtidig mulig å ta i bruk metoder for sertifisering av brukere. En elæringspakke vil samtidig kunne fungere som en klinikkovergripende rutine/arbeidsprosedyre.
- 6- Det må prioriteres ressurser til vedlikehold og videreutvikling av opplæringsplan og elæringspakker. Opplæringsplaner og elæringspakker må oppdateres i takt med systemene og de endres ofte.

Ressursbehov

Ressursbehovet knyttet til engangskostnader i 2010 for å heve nivået. I tillegg må det prioriteres permanente ressurser til vedlikehold og videreutvikling av kvalitetssystemet.

Når det gjelder engangskostnader vil disse variere mellom klinikkene avhengig av hvor langt en er kommet i kvalitetsarbeidet og i hvilken grad en har egne ressurser tilgjengelig til slikt arbeid. Kirurgisk klinikk har beregnet engangskostnadene til å utgjøre 1,3 mill kr mens Klinikken for rus og psykiatri vil kunne håndtere dette gjennom omprioritering av ressurser innenfor klinikken. Det anslås at engangskostnadene i form av økte kostnader og inntektsbortfall vil utgjøre minimum 5 – 10 mill kr. Det er betydelig usikkerhet til dette anslaget.

Det legges til grunn at direkte pasientrettet arbeid må skjermes når ressursbruken omprioriteres. Denne ressursbruken vil gi en tilsvarende forverring av resultatprognosen til Nordlandssykehuset i 2010 mens ansees for å være en viktig ressursdisponering for å kunne heve kvaliteten, for å styrke pasientsikkerheten samt for å frigjøre nødvendige ressurser til å løse våre økonomiske utfordringer.

Når det gjelder de langsiktige kostnadene til vedlikehold og videreutvikling av kvalitetssystemet legges til grunn at disse økte kostnadene for klinikkene finansieres gjennom ressurser som frigjøres gjennom økt kvalitet.

I tillegg til økte ressursbehov på klinikknivå vil det være behov for å styrke fagavdelingens kapasitet og kompetanse innenfor kvalitet og IKT med 4-6 årsverk til en kostnad på rundt 3 mill kr.

Informasjonsstrategi

Internt

Klinikksjefene er de sentrale formidlerne og har hovedansvar for informasjon og kommunikasjon om arbeidet i sine klinikker. Det skal etableres et eget område på Pulsen (med ikon) der all felles informasjon fra arbeidet legges ut. Ansvar for dette er hos informasjonsavdelingen.

Eksternt

Nordlandssykehuset skal aktivt kommunisere overfor media/befolkning Nordlandssykehusets satsing på kvalitet og pasientsikkerhet. Vi skal aktivt få frem det arbeidet vi har igangsatt og målene for arbeidet.

Tilrådning

Styret tilrås å fatte følgende

vedtak

1. Styret slutter seg til innholdet i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet slik det er presentert i saksutredningen.
2. Følgende tiltak skal gjennomføres:
 - a. Docmap skal tas i bruk fullt ut som kvalitetssystem i NLSH
 - b. Trygg Kirurgi sjekklister skal innføres
 - c. Det gjennomføres innledende undersøkelse av ansattes holdninger til pasientsikkerhet
 - d. Det gjennomføres innledende undersøkelse av sykehusdødelighet
 - e. Standardisert sykehus dødelighetsrate og skadefrekvens per 1000 liggedøgn monitoreres
 - f. Det innføres pasientsikkerhetsvisitter
 - g. Det innføres avdelingsvise/seksjonsvise kvalitetsparametre
 - h. Det skal utvikles en pasientsikkerhets score for NLSH
 - i. Det skal brukes tverrfaglige team for gjennomgang av diagnostikk og behandling av kreftpasienter
 - j. Det skal etableres systematisk bruk av komplikasjonsmøter i kjernevirksomheten ved NLSH
3. Styret godkjenner at det iverksettes arbeid med kvalitetsheving høsten 2010 som gir merkostnader/inntektsbortfall på inntil 10 mill kr. Dette vil gi en forverring av resultatprognosen for Nordlandssykehuset for 2010.
4. Styret forutsetter at arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet skal frigjøre ressurser som bidrag til å løse Nordlandssykehusets økonomiske utfordring. Det legges til grunn at permanent økt ressursbehov til vedlikehold og videreutvikling av kvalitetssystemet fra 2011 løses gjennom omprioritering av ressurser.

Forslag fra styret til tillegg til pkt 2. etter pkt j.:

De nye prosedyrene og verktøyene forutsettes utviklet slik at de også knytter foretaket tettere mot primærhelsetjenesten.

Forslag fra styret til nytt punkt 5.:

Det utvikles en møteplan med innlagte tema og foredrag som underbygger og understøtter styrets kunnskap og involvering i kvalitetsarbeidet i foretaket.

Avstemming: Enstemmig vedtatt, med forslag til tillegg til pkt 2 og nytt pkt.5

Vedtak:

1. Styret slutter seg til innholdet i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet slik det er presentert i saksutredningen.
 2. Følgende tiltak skal gjennomføres:
 - a. Docmap skal tas i bruk fullt ut som kvalitetssystem i NLSH
 - b. Trygg Kirurgi sjekklisten skal innføres
 - c. Det gjennomføres innledende undersøkelse av ansattes holdninger til pasientsikkerhet
 - d. Det gjennomføres innledende undersøkelse av sykehusdødelighet
 - e. Standardisert sykehus dødelighetsrate og skadefrekvens per 1000 liggedøgn monitoreres
 - f. Det innføres pasientsikkerhetsvisitter
 - g. Det innføres avdelingsvise/seksjonsvise kvalitetsparametre
 - h. Det skal utvikles en pasientsikkerhets score for NLSH
 - i. Det skal brukes tverrfaglige team for gjennomgang av diagnostikk og behandling av kreftpasienter
 - j. Det skal etableres systematisk bruk av komplikasjonsmøter i kjernevirksomheten ved NLSH
- De nye prosedyrene og verktøyene forutsettes utviklet slik at de også knytter foretaket tettere mot primærhelsetjenesten.
3. Styret godkjenner at det iverksettes arbeid med kvalitetsheving høsten 2010 som gir merkostnader/inntektsbortfall på inntil 10 mill kr. Dette vil gi en forverring av resultatprognosen for Nordlandssykehuset for 2010.
 4. Styret forutsetter at arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet skal frigjøre ressurser som bidrag til å løse Nordlandssykehusets økonomiske utfordring. Det legges til grunn at permanent økt ressursbehov til vedlikehold og videreutvikling av kvalitetssystemet fra 2011 løses gjennom omprioritering av ressurser.
 5. Det utvikles en møteplan med innlagte tema og foredrag som underbygger og understøtter styrets kunnskap og involvering i kvalitetsarbeidet i foretaket.



Direktøren

Styresak 18-2014

Oppfølging etter styresak 42-2010

Saksbehandler:

Tonje Hansen, Jan Terje Henriksen, Anne Fagerheim og
Barthold Vonen

Saksnr.:

2010/1702

Dato:

10.03.2014

Dokumenter i saken:

Trykt vedlegg: Status etter styresak 42-2010 Kvalitet og Pasientsikkerhet

Bakgrunn

Denne saken er en samlet gjennomgang av alle tiltakene for bedre kvalitet og pasientsikkerhet som ble iverksatt gjennom styresak 42-2010 og i senere direkte tilknyttede oppfølgingssaker til styret. Videre inkluderer saken enkelte prosjekt og tiltak som direktøren mener hører hjemme i gjennomgangen og som er med på å beskrive den utviklingen som har vært i foretaket siden høsten 2010.

Styresak 42-10 satte retning for Nordlandssykehusets satsning på å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. I årene etterpå har en rekke forskjellige saker som omhandler disse temaene blitt tatt opp i styret. Spørsmålet om satsningen har båret frukter og om vi er på rett veg er ofte tatt opp. Fra administrasjonen har det regelmessig vært formidlet at dette er en langsiktig satsning hvor positive resultater må vurderes nøkternt. Det er videre argumentert for at vi må være forberedt på at enkelte resultater og målinger tidvis går i uønsket retning uten at dette betyr at satsningen vår totalt sett ikke er vellykket. Styret har ved flere anledninger etterlyst et standpunkt fra administrasjonen med en forpliktende vurdering av om satsningen har riktig retning og om resultatene er gode. En tilsvarende anmodning er kommet fra ledelsen i Helse Nord RHF.

Direktøren legger med dette frem en samlet presentasjon av området. I styrets begrunnelse for å satse på kvalitet og pasientsikkerhet lå et eksplisitt uttalt mål om å bedre foretakets omdømme. Mens denne saken har en relativt detaljert gjennomgang av resultatene fra mer enn 20 tiltak er det ikke gjort undersøkelser av foretakets omdømme. Det er direktørens vurdering at dette ligger utenfor det som er etterspurt av styret. I tillegg vil det være metodologisk vanskelig å slå fast om vårt omdømme er bedre i dag enn sommeren 2010. Direktøren har fokus på konkrete tiltak som kan bidra til å sette pasienten i sentrum i tillegg til å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det kan være rimelig å anta at dersom pasienten settes i sentrum samtidig som kvaliteten og pasientsikkerheten faktisk bedres, vil også foretakets omdømme bedres.

Sakens realiteter

Her kommer alle vurderingene (21 konkrete og korte punkt) fra rapporten som er grunnlag for saken.

Vurdering – Docmap som kvalitetssystem (A)

Arbeidet med Docmap har gjennomgått flere faser og har vært og er omfattende. I den første tiden ble det prioritert å bygge gode og varige strukturer i kvalitetssystemet. Rapporten fra den eksterne revisjonen i 2012 bekrefter at strukturene i stor grad er på plass. Fokuset framover rettes mot å bygge en kultur hvor bruk av Docmap og avviksmeldinger som ledd i forbedringsarbeidet er en naturlig del av virksomheten for all medarbeidere. Økningen i antall meldte avvik tyder på at utviklingen går i riktig retning. For å lykkes med dette arbeidet, er forankring i linjeledelsen helt sentralt, i tillegg til at opplæring av medarbeiderne må prioriteres. Det arbeides blant annet aktivt med å få på plass en eLæringsløsning for Docmap.

Vurdering – Trygg Kirurgi sjekklisten (B)

Trygg kirurgi sjekklisten er innført i hele organisasjonen og brukes i dag i 94 % av alle operative inngrep. Målet er en jevn bruk av sjekklista i mer enn 95 % av alle operative inngrep. Internrevisjon av bruken viser en positiv utvikling fra 2012 til 2013, og sjekklista brukes nå aktivt i alle operasjonsenhetene. Pasientskadetall fra Global Trigger Tool metoden i samme tidsrom viser en reell nedgang i pasientskader ved Kirurgisk – ortopedisk klinikk. Ingen andre tiltak er iverksatt i samme periode. Fokuset framover blir å få alle aktører i operasjonsstuen til å vie gjennomgangen av sjekklisten full oppmerksomhet og få gjennomgått alle deler av sjekklisten før operatør forlater stuen. Det er fortsatt en jobb å gjøre for å få brukt sjekklisten i operasjoner som haster eller er akutte.

Vurdering – Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (C)

Kulturundersøkelsen blant de ansatte i 2011 avdekket at holdningen til pasientsikkerhet var god for Nordlandssykehuset HF sett under et. Prehospital klinikk skilte seg imidlertid negativt ut. I denne klinikken har det gjennom år vært arbeidet med stabilisering av arbeidsmiljø og faglighet – et arbeids om begynner å gi resultater. Når det gjelder de øvrige områdene som utpekte seg med forbedringspotensial er disse tatt med Kvalitets – og pasientsikkerhetsstrategien under ”Forskning og utdanning - Kunnskap som bygges og spres til andre gir næring til forbedring for oss alle” og ”Våre ansatte – vår viktigste ressurs”.¹ Gjennom arbeidet med strategien forventes en forbedring av disse områdene. Det vil våren 2014 gjennomføres en tilsvarende nasjonal pasientsikkerhetskulturundersøkelse som Nordlandssykehuset skal delta i.

Vurdering – Analyse av dødsfall i sykehus (D)

I forsøk på å beskrive kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten er det utviklet mange kvalitetsindikatorer. Overlevelsese- eller dødelighetsrater etter innleggelse i sykehus er noen av disse indikatorene. For enkelt diagnoser kan dødelighetsmålinger være nyttige i de tilfeller der foretakets måling ligger vesentlig lavere enn et landsgjennomsnitt eller et gjennomsnitt for sykehus med antatt likt pasientgrunnlag. I slike tilfeller vil det være aktuelt å gjennomgå egen virksomhet i detalj for å lete etter årsaker til økt dødelighet. For hoftebrudd og hjerneslag ligger NLSH HF sine sykehus så vidt likt med referansetall at det ikke gir grunn til bekymring eller særskilt gjennomgang. For hjerteinfarkt ligger Stokmarknes tydelig lavere enn referansetall. Dette vil bli undersøkt nærmere. For hjerteinfarkt kan slike forskjeller fremkomme ved mindre sykehus hvor man aktivt henviser akutte infarkt til sykehus med mer avansert behandling. Høyere dødelighet fremkommer deretter fordi lokalsykehuset beholder de som det ikke er mulig å gjøre noe mer for. Totaldødeligheten er et meget sammensatt mål. **Sykehuset i Bodø har landets laveste totaldødelighet.** Stokmarknes noe over referansetall og Lofoten omtrent på gjennomsnittet. Dette er naturligvis meget gledelig for Bodøs vedkommende. Om deler av forklaringen på dette spesielt gode resultatet for vår pasienter er

¹ [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

foretakets stasning på kvalitet og pasientsikkerhet er ikke mulig å si med sikkerhet. Vi vil følge dette målet med stor oppmerksomhet i årene som kommer.

Analyse av 50 siste dødsfall er en av flere metoder for å analysere dødsfall i et helseforetak. Metoden kan fortelle gi indikasjoner på samhandlingsutfordringer, kommunikasjonsvikt og svikt i klinisk vurdering. I tillegg vurderer analysen også pasientskader som kan ha indirekte eller direkte sammenheng med dødsfallet. Metoden sier likevel ikke noe om pasientskadene kunne vært unngått. Utfordringene med denne metoden er at analysen skjer på individnivå, noe som stiller krav til de som gjennomfører analysen. Selv om det foreligger bevis for systematisk svikt i praksis trenger dette ikke å være et uttrykk for at man kan generalisere. Det er likevel viktig å monitorere den pasientpopulasjonen som dør i sykehus for å kunne finne mulige forbedringsområder og avdekke uheldige/negative mønstre i samhandling og kommunikasjon.

Vurdering – måling av pasientskader (E)

GTT - metoden er i dag den metoden som gir det beste bildet av pasientskader – på pasientens premisser. Selv om GTT – analysen er godt etablert på alle sykehusene og klinikkene i Nordlandssykehuset HF, gjenstår det fortsatt en del arbeid før alle klinikkene/avdelingene tar GTT resultatene direkte i bruk som utgangspunkt for sitt lokale forbedringsarbeid. Metoden i seg selv sier ingenting om årsakssammenhenger for pasientskadene, men den angir type pasientskade. Det kreves derfor arbeid med resultatene lokalt for å finne områder for forbedring. Innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er plukket ut med tanke på at det er områder hvor det er forbedringsmuligheter av praksis. Det forventes at arbeidet med disse innsatsområdene vil ha en effekt på GTT resultatene innenfor kategoriene urinveisinfeksjoner, trykksår, fall og legemiddelhendelser. Effekten i form av en reduksjon av pasientskader forventes i løpet 1-3 år etter at tiltakene er innført i hele organisasjonen og målene nådd. Målet for Nordlandssykehuset HF er å redusere de pasientskadene som kan forebygges med 70 % innen utgangen av 2017.²

ATA – løsningen forenkler GTT analysen og sparer tid og ressurser. Hvis treffbildet er lik eller bedre enn manuell analyse, vil ATA – løsningen være et stort innovativt fremskritt for Nordlandssykehuset og andre helseforetak i Norge. På sikt er målet og få utviklet den automatiske løsningen slik at den kan brukes i analyse av innleggelser med barn (< 18 år) og psykiatriske pasienter.

Vurdering – pasientsikkerhetsvisitter (F)

Det er ikke gjennomført en omfattende og uavhengig evaluering av ordningen med pasientsikkerhetsvisitter. Direktørens erfaring er at pasientsikkerhetsvisittene er et meningsfullt og viktig tiltak. Nesten uten unntak skapes et inntrykk av at de ansatte er åpne og uredde i samtalen under den en time lange visitten. Hovederfaringen er at ca 20 minutter ut i visitten kommer forberedte historier og erfaringer helt uavhengig av hvilke spørsmål direktørene stiller innledningsvis. Tilsynelatende fungerer den informasjonen som sendes på forhånd til deltakerne fra den enkelte enhet rimelig godt. Det er tidvis krevende å identifisere områder som skal følges opp etter visitten fordi det foreligger forhold eller omstendigheter som ikke er mulig å gjøre noe med på kort sikt. Eksempel på dette er behov for endringer i IT systemer som ivaretas i FIKS prosjektet og som derved ikke kan eller bør fremskyndes. Andre problematiske forhold kan være bygningsmessige problemer hvor kostnadene med tiltak blir for store. Direktørens erfaring er imidlertid at slike begrensninger i handlingsrom forstås som en del av våre rammer og ikke som et eksempel på manglende handlekraft eller vilje til å satse på pasientsikkerhet fra ledelsens side. Det gjennomføres 8 – 10 visitter hvert år og dette tiltaket skal fortsette. Det vurderes å gjennomføre en uavhengig/ekstern evaluering av ordningen.

² [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

Vurdering – Klinik, avdelings og enhetsvise kvalitetsparametre (G)

Oppfølgingen av styresak 42/10 og 3/11 har sammen med arbeidet med strategisk plan gitt viktige premisser for hvordan Nordlandssykehuset har operasjonalisert sitt arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Utviklingen av lokale kvalitetsparametre har fokusert på å engasjere ansatte i det som kan kalles en "bottom up" prosess. Både fokusgruppeintervjuer, invitasjonen til klinikker til å formulere egne parametre og arbeidet med etablering av lokale kvalitetstavler har vært vesentlig i å få økt engasjementet blant ansatte. Etableringen av kvalitetstavler har vært et viktig fysisk uttrykk for dette arbeidet, og har uten tvil virket som en pådriver på arbeidet med å finne lokale kvalitetsparametre. Arbeidet har skapt engasjement på gulvet og flere enheter har fått til gode tverrfaglige diskusjoner om hvilke parametre og/eller målinger som reflekterer kvaliteten hos nettopp dem. I tillegg bygger disse kvalitetstavlene opp under den åpenhetskulturen Nordlandssykehuset ønsker å ha mellom ledelse, medarbeidere, enheter og ovenfor pasienter/pårørende. Kvalitetsparametrene det arbeides med har også utgjort en kjerne i arbeidet med å konkretisere foretakets strategi for kvalitet og pasientsikkerhet.³

Vurdering - Pasientsikkerhets Dashbord (H)

Fremstillingen av målinger og parametre i dashbordet har vært med på å øke kunnskap og bevissthet om forhold som påvirker kvalitet og pasientsikkerhet hos Nordlandssykehuset styre og foretaksledelse og bidratt til et større eierskap til dataene og problemstillinger rundt pasientsikkerhet og kvalitet. Økt kunnskap og bevissthet gir også grunnlag for å stille konkrete krav til organisasjonen på området, og å følge opp om utviklingen faktisk går i ønsket retning. Pasientsikkerhets dashbord er kommet for å bli, men skal hele tiden være gjenstand for evaluering av innhold og form. I fortsettelsen blir det viktig å evaluere resultatene i dashbordet opp mot målene som settes i forbindelse med Nordlandssykehusets kvalitet – og pasientsikkerhetsstrategi. Seksjon for pasientsikkerhet vil som en del av arbeidet med neste Dashbord, foreta en intern revisjon av dashbordet. Målet er at dashbordet skal bli et dynamisk verktøy hvor organisasjonen og styrets oppmerksomhet rettes mot de områder hvor det er størst behov for forbedring eller hvor det er størst behov for å følge utviklingen detaljert.

Vurdering – Tverrfaglige team i kreftbehandlingen (I)

Tverrfaglige kreftmøter i kreftomsorgen er viktig for å ivareta en helhetlig og tverrfaglig behandling av pasientene. Det er også et myndighetskrav ved at det i alle Nasjonale Handlingsprogram for kreftsykdommer ligger krav om at utredning og behandling skal gjøres i tverrfaglige team. For et relativt lite helseforetak som NLSH HF erkjenner vi at denne organiseringen av kreftmøter er ressurskrevende, spesielt for Avdeling for kreft og lindrende behandling og for diagnostiske fag som radiologi og patologi. Vi har imidlertid klart å utvikle en modell som synes å være robust og faglig trygg. At sykehus i andre foretak deltar på våre møter med egne pasienter er meget tilfredsstillende og viser at NLSH HF makter å skjøtte sin sentralsykehusfunksjon også innen dette området. Slikt samarbeid kan også ha positive effekter ut over behandlingen av den enkelte pasient ved at fagmiljøene harmoniserer sin praksis og får mer regelmessig erfaring med samarbeid på tvers av institusjoner.

Vurdering – systematisk bruk av komplikasjonsmøter (J)

Vi har ikke valgt å legge bort punktet om systematiske komplikasjonsmøter eller be styret om tilsvarende. Vi mener fortsatt at det er viktig å sikre en systematikk i intern audit av komplikasjoner og hendelser som ikke blir meldt i avvikssystemene. Vår vurdering er at vi må skyve på dette prosjektet til de store nasjonale tiltakspakkene er trygt etablert. For dette punktet er vi helt avhengelige av et solid "bottom up" engasjement, først og fremst i legegruppen.

³ [NLSH styresak 41/13:Strategisk plan for kvalitet og pasientsikkerhet 2013-17](#)

Vurdering – Bruk av nasjonale kvalitetsregistre (K)

Systematisk bruk av resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre har for alle praktiske formål ikke vært mulig for foretaksledelsene i norske sykehus før høsten 2013. Da ble alle registerrapporter offentlig tilgjengelig for første gang. Det har heller ikke vært noen tradisjon for at ledelsen i sykehus og foretak har engasjert seg systematisk i så vidt detaljerte faglige spørsmål. Dette er nå i endring. Vi systematiserer ledelsens tilnærming ved å lage en mal for gjennomgang av registerrapporter med det formål å ta ut det som er direkte anvendelig for statusbeskrivelse og forbedringsarbeid. Denne malen vil fagmiljøene naturligvis kunne endre etter egen faglig vurdering. Vårt mål er at vi i 2015 skal kunne legge frem nøkkelparametre fra alle rapporter som har relevant informasjon og kvalitetsmål for fremtiden innen hvert område. Dette kan være krevende å få til all den tid det vil være nybrottsarbeid også innenfor det enkelte fag.

Vurdering – Brukermedvirkning (L)

Brukermedvirkning er kommet for å bli, selv om den ennå implementeres noe ujevnt i foretaket. Det stilles nå sjelden spørsmål om brukermedvirkningens riktighet, men det betyr verken at det skjer av seg selv, eller at det ikke skal brukes med omtanke. Utfordringen har så lagt vært å etablere kjente systemer for brukermedvirkning, slik at det ikke blir et hinder, men en ressurs. I perioden 2010 – 2014 har brukerutvalget i helseforetaket formalisert sin virksomhet på en positiv måte, men det er fremdeles en vei å gå. Ikke minst må vi jobbe med at brukerperspektivet systematisk sikres større plass også klinisk arbeid.

Vurdering - I Trygge Hender (M)

Arbeidet med innsatsområdene I trygge hender går langsomt framover. Denne type arbeid er i all hovedsak ny for klinikkene og medarbeiderne. Arbeidet er ekstremt krevende fordi det kreves kompetanse i forbedringsarbeid, tid til å gjennomføre, evaluere og innføre, og fordi det kreves kulturendringer. De viktigste suksessfaktorene for å lykkes med dette systematiske forbedringsarbeidet i første omgang og redusere pasientskader i framtiden er; ledelsesforankring, engasjement fra "gulvet" og etablere dette arbeidet som en del av daglig drift. Arbeidet med pasientsikkerhet og bygging av varige strukturer for å redusere pasientsikader, er ikke et arbeid som skal avsluttes, og prosjektorganiseringen må derfor bort. Dette krever en ekstra innsats fra klinikkene og det forventes derfor at implementeringen vil skje i etapper. De klinikkene og enhetene som er kommet veldig god i gang og vil bli brukt som positive eksempler ovenfor resten.

Vurdering – Dokumentflyt og epikriser (N)

Klinikkene arbeider kontinuerlig med å optimalisere arbeidsflyten. I utviklingsprogrammet for nye K – fløya arbeider prosjektgrupper med forslag til optimale pasientforløp. Resultatet av disse prosjektene vil nok ha innvirkning på den generelle arbeidsflyt, herunder også den elektroniske arbeidsflyten. Også de pågående HOS prosjektene vil endre på organisasjonsstrukturen i DIPS, standardisering av navngiving på arbeidsgrupper og rydde opp i dokumenttyper i pasientjournalen. Arbeidet de fire siste årene har hevet kvaliteten på dokumentflyten i foretaket. Selv om målet med elektronisk henvisningsflyt er nådd i stor grad, så er ikke arbeidet fullført. For å vite hvordan dokumentflyten faktisk er i foretaket og om det er områder som fremdeles har forbedringspotensial vurderer vi å gjennomføre en intern revisjon av elektronisk arbeidsflyt etter at HOS prosjektet er gjennomført.

Det er et kontinuerlig fokus på epikriser sendt innen 7 dager. Vi har ennå ikke lyktes å nå myndighetskravet på 100 % epikriser innen 7 dager. Andelen epikriser sendt innen 7 dager hatt en forbedring i perioden 2010-14. Det mest effektive tiltaket har vært innføringen av EVU. I utviklingsprogrammet "Gode pasientforløp Nye Nordlandssykehuset" er det etablert en merkantil prosjektgruppe som skal se på hvordan skrivetjenesten kan bidra til å øke andelen epikriser innen 7 dager.

Vurdering – Ventelisterapportering og fristbrudd (O)

Det er noe varierende hvordan klinikkene rapporterer om korrigeringer av truende fristbrudd internt kontra rapportering i DIPS som underlag for NPR rapporteringen. Dette arbeides det nå med å få på plass rutiner for. Vi ligger på en feilmargen under 1 % i forhold til NPR tallene. I det store bildet så er det to sentrale bemerkninger til arbeidet med å få oversikt over og få bort fristbrudd. For det første fungerer vår nye rapportering godt. Den gir tilstrekkelig oversikt og kunnskap til å kunne få bort de fristbruddene der problemet ganske enkelt kan la seg løse. For de andre erkjenner vi at det innenfor enkelte fagområder ikke finnes varige og bærekraftige løsninger i dag. Her gjennomfører vi både kortsiktige interne tiltak som for eksempel kveldspoliklinikker, økt innleie av personell etc. I tillegg vurderes fortløpende å bruke private avtalespesialister og å gjøre større bruk av fritt sykehusvalg der dette er praktisk mulig. Det er også startet et arbeid med aktivitetsstyrt arbeidstidsplanlegging som ventes å ha en mer langvarig effekt på styring av ressurser og følgelig også på ventelister og fristbrudd. Det vil ta tid før dette tiltaket vil gi resultater på ventelister og fristbrudd, fordi det krever en omfattende kulturendring innen turnus- og arbeidsplanlegging der det skal gjennomføres.

Vurdering – Styreopplæring (P)

Det nåværende styret har gitt uttrykk for at de er tilfredse med måten administrerende direktør underbygger og understøtter styrets kunnskap og involvering i kvalitetsarbeidet i foretaket. I Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7." er "Ledelse av pasientsikkerhet" kommet til som et eget innsatsområde der styreinvolvering er et av tiltakene. Styreopplæring er bare en del av denne tiltakspakken. Tiltaket omfatter kompetansebygging og forankring av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på alle ledelsesnivå i foretakene. I tråd med dette og styrets tidligere beslutninger, arbeides det nå med å sette sammen et nytt opplæringsprogram for det nye styret som oppnevnes senere i år. Det er også tatt initiativ overfor styreleder for på sikt å etablere et underutvalg for kvalitet i styret etter inspirasjon fra foretaksstyrer i USA med stort fokus på kvalitet i egen organisasjon.

Vurdering – Strategi for kvalitet og pasientsikkerhet for 2013-2017 (Q)

Det har vært en omfattende prosess med å gi strategi for kvalitet og pasientsikkerhet 2013 – 2017 et innhold og utforming som har en praktisk betydning for arbeidet i Nordlandssykehuset. For at strategien skal få en praktisk betydning er det viktig at det arbeides kontinuerlig i klinikker og avdelinger/enheter med å gi de ulike områdene et innhold som er relevant for de ansatte. Det er klinikkene selv som må gi strategien et innhold. I utviklingen av måleparametere må de ansatte ha et forhold til, og muligheten til å påvirke, de målinger som gjennomføres. Det vil derfor være meningsløst å sette kvantifiserbare mål dersom det ikke har vært gjennomført systematiske målinger tidligere. Dette betyr at for mange vil arbeidet i 2014 bestå i å utvikle og gjennomføre målinger for å få en oversikt over hvilket nivå klinikker, enheter og avdelinger ligger på. Deretter vil det være mulig å tallfeste konkrete målsetninger for perioden 2015 – 2017. Dette arbeidet er avgjørende for et "bottum-up" engasjement og for å gjøre satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet til en naturlig del av daglig drift.

Vurdering – Tilsynssaker og NPE klager (R)

På grunn av små tall for antall tilsynssaker, er det vanskelig å konkludere noe i forhold til tallene for et enkelt år. Det vises blant annet man pr 10.03.14 bare har mottatt 3 tilsynssaker. Dette skulle tilsi et snitt på ca 15 tilsynssaker for hele 2014, som ville være oppsiktsvekkende lavt. Når det gjelder NPE-saker har det vært en svak økning i antall mottatt krav de senere år, fram til 2013, hvor det ble en nedgang i mottatte krav. På landsbasis har det fra 2009 (3939 krav) til 2013 (5065) vært en økning på omlag 25 prosent, mens det ved Nordlandssykehuset HF for perioden har vært et tilnærmet stabilt antall krav. Dette trekker klart i retning av at Nordlandssykehuset HF har hatt en positiv utvikling, sett i forhold til utviklingen på landsbasis.

Vurdering – bruk av NOIS data (S)

Helsetjenesteassosierte infeksjoner er den hyppigste årsaken til pasientskader ved Nordlandssykehuset kartlagt ved GTT – metoden (kapittel 7). Det er metodologiske utfordringer med den nasjonale NOIS registreringen. Først og fremst er det foreløpig vanskelig å få ut relevante rapporter fra DIPS. Det tar videre lang tid før data blir tilgjengelige for foretaksledelsen i en anvendelig form. Det er behov for en ny gjennomgang av rutiner for både NOIS registreringen og prevalensundersøkelsen i vårt foretak. Vi er kjent med at andelen postoperative infeksjoner er høy innenfor kolonkirurgi og hofte hemiprotoser. Helsetjenesteassosierte infeksjoner skal være et fokus for forbedringsarbeid i Nordlandssykehuset i tiden framover. For at dette skal være mulig er det nødvendig med en revisjon av datafangst både for NOIS og prevalensregistrering og rapportering.

Vurdering – pasientforløpsarbeid (T)

Vi konstaterer med tilfredshet at vårt pasientforløpsarbeid for kreftpasienter gir gode resultat for pasientene. Dette er et arbeid som også omfatter våre samarbeidende sykehus i Nordland fylke. Det er særlig betryggende at dette er et arbeid solid forankret i fagmiljøene. Vi mener at dette arbeidet har overføringsverdi til andre som strever med å nå myndighetskravene.

Det store omstillingsprogrammet for innflytting i K - fløya har primært fokus på pasientforløp. Dette er et meget krevende program som strekker våre ressurser til det ytterste. Programmet er imidlertid nødvendig og må lykkes dersom vi skal klare å beholde et bredt tjenestetilbud for folk i Nordland fylke og for at vi skal være den samarbeidspartneren Universitetssykehuset i Nord Norge trenger for å sikre sin universitetsklinikkfunksjon.

Vurdering – andre prosjekt med betydning for pasientsikkerhet i perioden (U)

Rapid Emergency Triage and Treatment System (RETTTS) og prosjekt slagalarm er to gode eksempler på kvalitetsforbedrende tiltak som setter pasienten i fokus. Disse tiltakene er tatt med i oppsummeringen for å vise at Nordlandssykehuset har engasjerte medarbeidere som uavhengig av føringer fra myndigheter, styret eller foretaksledelse får til å sette i gang med gode tiltak som fremmer pasientsikkerhet og kvalitet. Det er ønskelig med flere tiltak av denne typen, og den videre satsningen på pasientsikkerhet og kvalitet er med på å muliggjøre dette.

Direktørens vurdering

Direktøren er stolt over å kunne legge frem denne saken. Etter en samlet vurdering konkluderes det med at Nordlandssykehuset langt på veg har lyktes med satsningen på bedret kvalitet og pasientsikkerhet. På flere områder dokumenteres til dels vesentlige forbedringer til pasientens beste. Grunnleggende og meget viktige systemer er nå på plass og foretaket har åpnet sin virksomhet for ekstern gjennomgang/granskning ved flere anledninger. Disse har konkludert med vesentlig forbedring innen områder som er gjennomgått.

Vi var tidlig ute med å offentliggjøre våre § 3-3 meldinger til helsetilsynet og vi har hatt som intensjon å ha en åpen dialog med media. Vi har også forsøkt på kunnskapsoverføring til media og har sett gode resultater av dette initiativet da våre første tall for pasientskader ble offentliggjort. Det har vært både positiv og negativ medieoppmerksomhet rundt foretaket flere ganger siden 2010 og direktøren erfarer at dialogen med media har vært håndterbar også i de mer krevende sakene.

Direktøren erkjenner imidlertid at dette arbeidet er preget av de små skritts veg frem. Ofte oppleves resultater fra arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet som to skritt frem og ett tilbake. Både organisatoriske og individrelaterte forhold gjør satsningen på bedret kvalitet og pasientsikkerhet krevende. Satsningen må være bred og tydelig med et langsiktig fokus. Varige forbedringer kommer ikke med kjappe og enkle løsninger. Innføring av innsatsområdene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er meget krevende og det gjenstår å se hvordan vi lykkes her. Dersom foretaket skal lykkes med ambisjonene innen kvalitet og pasientsikkerhet må fokuset fra både

toppleidelse, staber og alle ledernivå fortsette som hittil. Ved å ta utviklingen til nå ”for gitt” vil vi mistefokus, og ikke realisere våre mål.

Det er tydelige utfordringer for dette arbeidet fremover. Først og fremst må det tas initiativ for å sikre at legegruppen i større grad blir bredt engasjert i arbeidet for bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Der hvor de etablerte tiltakene ikke blir akseptert må vi kreve alternative tiltak som beviselig kan bedre resultatene for pasientene. I forlengelsen av dette ligger også krav om å sette tydelige mål for fremtidig kvalitet innen alle fag. Dette vil oppleves krevende for mange medarbeidere og vil ikke lykkes uten vedvarende oppmerksomhet fra ledelsen. Et annet område som krever stadig fokuser å få integrert kvalitetsforbedring som en del av linjeledelsens oppgaver. Kvalitetsforbedring skal ikke drives på siden av annen virksomhet.

Avslutningsvis vil direktøren takke entusiastene i foretaket som har bidratt til at Nordlandssykehuset i dag er ledende innen mange områder av pasientsikkerhetsfeltet. Både nasjonalt og internasjonalt legges det merke til resultater fra vårt arbeid. Dette har positiv betydning for kompetansebygging i foretaket og er en inspirasjon for de som går foran. Det ligger en stor innsats fra mange engasjerte medarbeidere bak de resultatene som nå presenteres, både fra klinikker og stabsenheter.

Innstilling til vedtak:

1. Styret er tilfreds med det som er oppnådd i arbeidet med oppfølging av styresak 42 – 2010 – Pasientsikkerhet og kvalitet
2. Styret ber administrerende direktør påse at arbeidet med bedret kvalitet og pasientsikkerhet fortsetter med uforminsket styrke.
3. Styret ber spesielt om at direktøren sikrer at alle grupper av ansatte engasjeres i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Avstemming:

Vedtak: