

**Deloitte.**

**I trygge hender**  
pasientsikkerhetsprogrammet.no



**Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24 – 7»**

Sluttrapport for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7»

1. november 2019

# Sammendrag

## Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» var et nasjonalt program mellom 2014 og 2018 for å øke pasientsikkerheten i Norge og redusere pasientskader gjennom målrettede tiltak, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Pasientsikkerhetsprogrammet var en fortsettelse av arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen (2011–2013). I programmet videreførte man de eksisterende innsatsområdene fra kampanjen, i tillegg til å utrede og innføre nye innsatsområder i løpet av programperioden. Ved utgangen av 2018 fantes det 19 innsatsområder, som f.eks. trygg kirurgi, behandling av hjerneslag, forebygging av trykksår, tidlig oppdagelse av forverret tilstand, og trygg utskriving. Også de overordnede målene for pasientsikkerhetskampanjen ble videreført: (1) Å redusere pasientskader, (2) bygge varige strukturer for pasientsikkerhet, og (3) forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten. I tillegg til disse målene var det definert tre overordnede prinsipper: (1) Programmet var til for pasientene og brukerne. Brukermedvirkning skulle være en naturlig del av alle aktiviteter i programmet; (2) programmet skulle legge til rette for at det ble bygget og videreutviklet lokal kompetanse i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid; og (3) programmet skulle bidra til at ny og eksisterende kunnskap og forskning ble en del av daglige rutiner og praksis. Både kampanjen og programmet var basert på en modell for forbedringsarbeid innen helsetjenester fra Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Helseforetakene var pålagt å delta i programmet gjennom oppdragsdokumentene, mens det var frivillig for kommunene å delta. Det ble likevel satt et mål om å spre programmet til 75 prosent av kommunene i Norge, bl.a. gjennom å innføre innsatsområder i sykehjem og hjemmetjenesten, samt konseptet «pasient- og brukersikker kommune».

Deloitte har gjennomført en følgeevaluering av programmet. Hensikten var at resultatene fra følgeevalueringen kunne brukes til å gjøre justeringer i programperioden. Følgeevalueringen har sett på rammebetingelser (aktiviteter som sekretariatet og pasientsikkerhetsprogrammet på nasjonalt nivå hadde ansvar for, og som skulle bidra til at helse- og omsorgstjenestene på best mulig måte kunne arbeide med programmet), strukturer (hvordan rammebetingelsene var organisert og hvem som var ansvarlig for det videre arbeidet) og arbeidsprosesser (hvordan programmet ble arbeidet med på et lokalt nivå, og innenfor de etablerte rammebetingelsene og strukturene). Sluttrapporten følger inndelingen med rammebetingelser, strukturer, og prosesser og arbeidsmåter. Funn fra de tidligere devalueringene i 2016 og 2017 er inkludert i rapporten for å kunne se utviklingen over tid.

## Metode og datakilder

Selv om flere av pasientsikkerhetsprogrammets mål tok utgangspunkt i nasjonale kvalitetsindikatorer for pasientskader, infeksjoner og overlevelse, så er det viktig å presisere at devalueringene og årets sluttevaluering ikke er en evaluering av pasientsikkerheten i Norge, men av pasientsikkerhetsprogrammet. For utviklingen i de nasjonale kvalitetsindikatorene viser vi til relevant statistikk på pasientsikkerhetsprogrammets og Folkehelseinstituttets hjemmesider. Det er viktig å huske på at resultater for pasientsikkerhet på nasjonalt nivå vil være avhengig av forhold utenfor pasientsikkerhetsprogrammets kontroll.

Sluttrapporten er basert på samme metode som ble brukt i følgeevalueringene i 2016 og 2017, dvs. metodetriangulering med en kombinasjon av både kvalitative og kvantitative metoder. Sluttrapporten konsentrerer seg om å vurdere resultater slik disse oppleves av helsepersonell, med en spørreundersøkelse og intervjuer som hovedkilder. I løpet av følgeevalueringen har Deloitte intervjuet 90 personer som har arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten gjennom å

arbeide med pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter. I tillegg har 2 865 respondenter svart på spørreundersøkelsene. Av praktiske og tekniske årsaker som beskrives nærmere i kapittel 21, var det ulike populasjoner som ble spurt i hhv. 2016, 2017 og 2019, noe som er en begrensning når man sammenligner resultatene fra år til år.

## Rammebetingelser

Rammebetingelser omhandler aktiviteter som sekretariatet og pasientsikkerhetsprogrammet på nasjonalt nivå hadde ansvar for, og som skulle bidra til at helse- og omsorgstjenestene på best mulig måte kunne arbeide med programmet.

Hovedfunnet knyttet til programmets rammebetingelser er at pasientsikkerhetsprogrammet i stor grad har vært velfungerende i spesialisthelsetjenesten, men at programmet kunne ha vært bedre integrert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I spesialisthelsetjenesten har pasientsikkerhetsprogrammets **styringslinje** fulgt den formelle organiseringen, og henvendt seg til avdelinger for kvalitet og pasientsikkerhet i helseforetak. Dette har bidratt til klare ansvarslinjer. Regionale og lokale programledere trekkes frem som viktige pådrivere for å spre pasientsikkerhetsprogrammet i regionale og lokale helseforetak. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten har pasientsikkerhetsprogrammets kontaktflate vært via utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), og kan ikke karakteriseres som en formell styringslinje da programmet har vært frivillig i kommunal sektor. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det en opplevelse at det ikke har vært optimalt med USHT som pådriver for pasientsikkerhetsprogrammet i kommuner hvor det har vært lav grad av forankring i kommuneledelsen. Samtidig har pasientsikkerhetsprogrammet gitt USHT en god grunn til å ha mer kommunikasjon med sykehjem og hjemmetjenesten i kommunene som USHT skal bistå. For at pasientsikkerhetsprogrammet skulle blitt bedre forankret i kommunene, mener vi programmet kunne ha arbeidet for å etablere formelle styringslinjer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, f.eks. ved å få kommuneledelsen til å forplikte seg til å delta i pasientsikkerhetsprogrammet, i den grad dette ville vært mulig.

I spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten er respondentene i hovedsak positive til **innsatsområder og tiltakspakker**. Her har utviklingen vært positiv siden første devaluering (2016). I starten av følgeevalueringen mente respondentene at tiltakspakkene i stor grad var rettet mot pleiere, noe som kunne føre til svakere forankring i andre faggrupper. I devalueringen i 2017 erfarte vi at respondentene opplevde det som utfordrende å jobbe med tiltakspakkene i praksis, spesielt på sengeposter hvor alle eller en stor del av innsatsområdene var aktuelle. I sluttevalueringen opplever respondentene at arbeidet med innsatsområdene gir resultater i form av mer systematisk arbeid med pasientsikkerhet, og enkelte respondenter ønsker seg flere innsatsområder som belyser områder hvor pasientskader kan forekomme. Respondenter ønsker å arbeide videre med de eksisterende innsatsområdene, og påpeker at noen på nasjonalt nivå må ta ansvar for å oppdatere tiltakspakkene ved behov.

**Målinger** knyttet til pasientsikkerhet har blitt kritisert gjennom hele følgeevalueringssperioden. Enkelte opplever at det ikke måles i stor nok grad, og at graden av målinger kan være personavhengig (for eksempel at antall målinger øker dersom de ansvarlige har interesse for, eller høy kunnskap om, hvordan man gjennomfører målinger). Dårlige datasystemer som krever mye manuelt arbeid oppleves som en hindring for godt forbedringsarbeid, og respondentene opplever at behovet for elektronisk datafangst er overmodent. Det er derfor positivt at Helsedirektoratet i «*Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*» fastslår at man vil videreutvikle systemer for elektronisk datafangst.

**Brukermedvirkning** var et førende prinsipp for pasientsikkerhetsprogrammet, og skulle være en naturlig del av alle aktiviteter i programmet<sup>1</sup>, på individ-, tjeneste-, og systemnivå. Følgeevalueringen har vist at respondentene er klar over hvor viktig brukermedvirkning er, men også at de mener det er rom for å gjøre mer for å få høyere grad av brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi finner at brukermedvirkning til dels er etablert på systemnivå, hvor det for eksempel finnes brukerutvalg. Samtidig opplever vi at respondentene ofte ikke klarer å konkretisere hva de gjør med tanke på brukermedvirkning på andre nivåer, noe som kan skyldes at brukermedvirkning ikke har vært et godt nok integrert prinsipp i pasientsikkerhetsprogrammet. En anbefaling vil være at Helsedirektoratet konkretiserer hvordan spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan jobbe med brukermedvirkning på individ-, tjeneste- og systemnivå. For eksempel kan det i større grad synliggjøres hvilken rolle brukermedvirkning har i innsatsområder og forbedringsarbeid. Det kan også være hensiktsmessig å undersøke hvorfor verktøyene for brukermedvirkning i liten grad synes å bli brukt.

## Strukturer

Strukturer omhandler hvordan rammebetingelsene var organisert, og hvem som var ansvarlig for det videre arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet ute i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Resultatene fra spørreundersøkelsen og utsagn fra intervjuene tyder på at pasientsikkerhetsprogrammet fant en hensiktsmessig måte å organisere pasientsikkerhetsarbeidet på i spesialisthelsetjenesten. Vi tolker det slik at organiseringen i begynnelsen kan ha blitt opplevd som ikke godt nok koblet til ordinære styringslinjer, men at organiseringen gjennom programperioden ble bedre forstått og godt implementert i helseforetak.

Regionale og lokale programledere trekkes frem som viktige pådrivere for arbeidet i regionale og lokale helseforetak og som et kommunikasjonsledd mellom programmet lokalt og nasjonalt. Vår vurdering er at programlederne har hatt en viktig rolle i å implementere pasientsikkerhetsprogrammet i helseforetakene og dele erfaringer på tvers av regionale helseforetak (regionale programledere seg imellom) eller på tvers av helseforetak (lokale programledere seg imellom). Videre mener vi, basert på resultatene fra hele følgeevalueringen, at regionale og lokale programledere vil ha en viktig rolle også fremover. Lokale og regionale programledere sitter på kunnskap og kompetanse om pasientsikkerhetsprogrammet, og kjenner de ordinære strukturene i helseforetakene de jobber i. Denne kompetansen bør utnyttes også i videre pasientsikkerhetsarbeid.

Gjennom følgeevalueringsperioden har det vært en oppfatning hos respondentene at programmet i større grad har vært forankret hos sykepleiere enn hos leger. Grunnen til dette er at innsatsområdene har vært mer pleierett. Leger har en viktig rolle i pasientsikkerhetsarbeid, og det er viktig å bruke et fagspråk som legene forstår. Forbedringsutdanning for leger trekkes frem som sentralt ved oppstart og gjennomføring av prosjekter.

For å bygge varige strukturer er det viktig at ledere har eierskap til pasientsikkerhetsarbeid, og at de tilrettelegger for at medarbeiderne kan utvikle kompetanse om hvordan man systematisk arbeider med pasientsikkerhet. Følgeevalueringen har vist at flere respondenter som har vært involvert i aktiviteter knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet, trekker frem engasjerte ledere som en nøkkelfaktor. Enkeltledere som er engasjerte eller som tar rollen som ildsjel eller pådriver for pasientsikkerhetsarbeid er likevel ikke nok til å bygge varige strukturer. Spørreundersøkelsen fra sluttevalueringen viser at blant lederne som har en mening om i hvilken grad pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos nærmeste leder, er det en nedadgående trend jo

---

<sup>1</sup> Pasientsikkerhetsprogrammets strategi 2014 – 2018, revidert versjon april 2017, s. 7

lenger ned i linjen man kommer. En mulig årsak til dette kan være mangelfull kommunikasjon rundt eller oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet fra ett ledernivå til neste. Det er vår vurdering at programmet i større grad kunne vektlagt lederforankring. Vår erfaring er at ledere kontinuerlig må kommunisere, etterspørre og følge opp viktige initiativer for å sikre at disse blir fulgt opp på lavere nivå. Et av tiltakene i handlingsplanen er å «forbedre ledelse og kultur», noe som skal øke oppmerksomheten og engasjementet rundt pasientsikkerhetsarbeidet. Her vil lederforankring på alle nivå være et naturlig element.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er spørsmålet om organiseringen er hensiktsmessig mer komplekst. Respondentene fra spørreundersøkelsen gir tilbakemelding om at de i stor grad opplever at arbeidet med pasientsikkerhet har vært organisert på en hensiktsmessig måte i egen enhet. Samtidig må organiseringen av pasientsikkerhetsarbeid ses i en større sammenheng, dvs. hvordan arbeidet med pasientsikkerhet blir organisert helhetlig i kommunen. Som tidligere nevnt mener vi det vil styrke pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene dersom pasientsikkerhetsinitiativer blir politisk behandlet ved at initiativene eksempelvis legges inn i kommunens planer eller at det blir rapportert på status for gjennomføring. Deloitte vurderer det derfor som positivt at Helsedirektoratet i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring legger opp til at arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring jevnlig legges frem og følges opp i f.eks. kommunestyremøter og samhandlingsmøter mellom helseforetak og kommuner, og at man skal tilby fylkesmennene opplæring i metoder og verktøy for å styrke deres veiledende rolle mot kommunene. Det anbefales at videre arbeid med pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør ta utgangspunkt i læring og erfaringer fra Tønsberg kommune og de fire andre pilotene for pasient- og brukersikker kommune.

## Prosesser og arbeidsmåter

Prosesser og arbeidsmåter tar for seg hvordan programmet ble arbeidet med på lokalt nivå, dvs. i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innenfor de etablerte rammebetingelsene og strukturene.

Oppsummert er vår vurdering at pasientsikkerhetsprogrammets innsatsområder og tiltakspakker oppleves som verdifulle bidrag til pasientsikkerhet. Følgeevalueringen viser at det er innsatsområdene «forebygging av fall i helseinstitusjoner», «samstemming av legemiddellister» og «forebygging av trykksår» flest respondenter oppgir at de arbeider med. På enkelte innsatsområder er det noe nedgang, men nedgangen er ikke stor. Det er positivt å se at innsatsområdene som har var nye ved forrige devaluering (2017) blir benyttet i relativt høy grad. Tiltakspakkene oppleves å fungere godt, men intervjurespondenter understreker viktigheten av at noen på nasjonalt nivå er ansvarlige for å holde tiltakspakkene ved like gjennom å oppdatere dem med ny forskning og oppdaterte verktøy.

Metoder og utvalg i følgeevalueringen gir ikke mulighet til å gi et dekkende bilde av status for spredningen og implementeringen av programmet i helsetjenestene. Det er derfor ikke mulig å si noe sikkert om i hvilken grad målet om at alle innsatsområdene skulle være implementert i alle avdelinger i alle helseforetak i løpet av 2016 er nådd<sup>2</sup>. Målinger gjennomføres i middels til stor grad, ifølge spørreundersøkelsen sendt til spesialisthelsetjenesten. Unntaket er «trygg utskrivning» hvor gjennomsnittsscoren er noe lavere. Det er vår vurdering at respondentene fortsatt opplever målinger som utfordrende på grunn av lite tilpassede målesystem.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten viser svarene på hvilke innsatsområder det arbeides med en nedgang for alle innsatsområdene med unntak av «tidlig oppdagelse av forverret tilstand», som har hatt en økning siden devaluering 2 (2017). Innsatsområdene som har hatt

<sup>2</sup>Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7» Revidert strategi 2014-2018, s. 15  
[https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/\\_attachment/4302?\\_download=false&\\_ts=15c112c5f35](https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/_attachment/4302?_download=false&_ts=15c112c5f35)

størst nedgang i sluttevalueringen, sammenlignet med de tidligere devalueringene, er «forebygging av fall i helseinstitusjoner», «forebygging av trykksår», «samstemming av legemiddellister» og «riktig legemiddelbruk i sykehjem». Tiltakspakkene oppleves å fungere i middels til høy grad, og får gjennomgående høyere score enn i spesialisthelsetjenesten.

Heller ikke i kommunehelsetjenesten kan vi si noe om status for implementeringen av programmet da oversikten over spredning av programmet viser til antall deltakende kommuner (kommuner som minst deltar med ett sykehjem eller hjemmetjenestesone) som er involvert på minimum ett innsatsområde<sup>3</sup>. Målet var å oppfordre alle kommuner til å jobbe med alle relevante innsatsområdet, og som minimum å jobbe med innsatsområdet «riktig legemiddelbruk».

Vår vurdering knyttet til arbeidsprosesser er at det er mye som fungerer godt. Både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten synes det å være enighet om at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i egen enhet. I spesialisthelsetjenesten opplever respondentene at forbedringsmetodikk i middels grad legges til grunn for forbedring av pasientsikkerheten i sine enheter, men sluttevalueringen viser at det er en større andel av respondentene som svarer at forbedringsmetodikk legges til grunn i svært høy grad. Forbedringsmetodikk er også noe som de fleste intervjurespondentene opplevde som et godt bidrag fra pasientsikkerhetsprogrammet, og som bidrar til at man jobber mer systematisk med pasientsikkerhetsarbeid.

Samtlige av intervjurespondentene i sluttevalueringen (2019) opplever nasjonale kurs, samlinger og læringsnettverk som svært nyttige. Respondentene melder om at spesielt læringsnettverkene for de forskjellige innsatsområdene har bidratt til at de får tilgang til ny og oppdatert kunnskap om områder som truer pasientsikkerheten. I tillegg har slike arenaer gitt muligheten for å dele erfaringer på tvers av enheter. En refleksjon fra intervjurespondenter i spesialisthelsetjenesten er at jo flere som deltar, desto lettere blir det å etablere en kultur hvor forbedringsarbeid står sentralt.

## Resultater

Hovedfunnene knyttet til respondentenes opplevelse av hva pasientsikkerhetsprogrammet har oppnådd gjennom programperioden omhandler i stor grad den viktige rollen pasientsikkerhetsprogrammet har hatt i å gi større oppmerksomhet og bevissthet rundt pasientsikkerhetsarbeid og arbeidet med å bygge en pasientsikkerhetskultur. Gjennom å jobbe med innsatsområder har helsetjenestene blitt mer bevisste på hva som er risikoer, og hvilke tiltak som kan igangsettes for å forhindre pasientskader. Intervjurespondentene trekker i stor grad frem den sentrale rollen pasientsikkerhetsprogrammet har hatt for faglig utvikling. Innsatsområder, tiltakspakker, forbedringsmetodikk og læringsnettverk trekkes frem som gode eksempler.

Når det gjelder den kommunale helse- og omsorgstjenesten er målet om at kommuner skulle igangsette minimum ett innsatsområde i 75 prosent av kommunene blitt nådd, ifølge Helsedirektoratet (indikatoren for måloppnåelse i denne sammenhengen er at en kommune har deltatt på læringsnettverk med ett eller flere forbedringsteam på minst ett innsatsområde<sup>4</sup>). Etter vår mening gir indikatoren ikke grunnlag for å si noe om kvaliteten på arbeidet med innsatsområdene. Basert på intervjuene ble varierende involvering av kommuneledelsen opplevd som en begrensende faktor. USHT har vært en god pådriver for spredning av programmet, men vi mener det likevel ikke har vært en optimal kanal. Programmet kunne, i den grad det var mulig, i større grad ha henvendt seg til kommunehelsetjenesten.

<sup>3</sup> <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/innsatsomradene-i-kommunene/attachment/5147?download=false&ts=16a5941d87a>

<sup>4</sup> <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/innsatsomradene-i-kommunene/attachment/5147?download=false&ts=16a5941d87a>

Når det gjelder målingene i regi av programmet og i hvilken grad målingene kan si noe om hvorvidt programmet har bidratt til økt pasientsikkerhet, vil ikke de tallfestede målene fra pasientsikkerhetsprogrammets strategi gi noen direkte indikasjon på hvilken effekt pasientsikkerhetsprogrammet har hatt på pasientsikkerheten i Norge. Dette er en svakhet som Deloitte belyste allerede i devaluering 1 i 2016. Når det gjelder respondentenes subjektive opplevelser av effekten på pasientsikkerheten i egen enhet, viser spørreundersøkelsen fra sluttevalueringen at 56 prosent av respondentene i spesialisthelsetjenesten mener at pasientsikkerhetsprogrammet aktiviteter i stor grad har bidratt til å øke pasientsikkerheten i egen enhet, dvs. at de har svart 4 eller 5 på en skala fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). For den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det tilsvarende tallet 52 prosent.

## Anbefalinger

Nedenfor er våre anbefalinger for veien videre. Selv om pasientsikkerhetsprogrammet som program er avsluttet, vil anbefalinger kunne brukes i det videre arbeidet med konseptet «I trygge hender 24-7» eller i andre satsinger i helse- og omsorgstjenestene.

- Videreføre rollene som de lokale og regionale programlederne har hatt gjennom programperioden. Programlederne oppleves som viktige for å sikre kommunikasjon om nasjonale initiativer, og bidra til implementering av innsatsområder og kompetanseheving i regionale og lokale helseforetak
- Etablere tiltak spesifikt rettet mot ledere slik at pasientsikkerhetsarbeid i større grad blir forankret i ledelsen. Et forslag kan være å kartlegge hvilke behov ledere på ulike nivå i helseforetakene har, og innrette tiltakene deretter. Det er også viktig å vektlegge opplæring og kompetanseutvikling for ledere i hvordan man leder ansatte i pasientsikkerhetsarbeid
- Hente inn erfaringer fra pasient- og brukersikre kommuner og dele disse med andre kommuner
- Styrke innsatsen mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten ved å undersøke muligheten for at arbeid med pasientsikkerhetsarbeid blir politisk behandlet i kommuneledelsen
- Sikre at tiltakspakkene holdes oppdatert, både med tanke på endringer i underliggende forskning, forbedringsmetodikk og tiltak
- Akselerere arbeidet med elektronisk datafangst og vektlegge opplæring i målemetodikk knyttet til pasientsikkerhet
- Konkretisere hvordan helse- og omsorgstjenestene i høyere grad kan jobbe med brukermedvirkning på samtlige nivå (system-, tjeneste- og individnivå)

# Innhold

1	Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7" .....	11
1.1	Bakgrunn, mål, organisering og strategi .....	11
1.2	Evaluering av pasientsikkerhetsprogrammet: Deloittes mandat .....	19
2	Metode og datakilder.....	21
2.1	Innledning .....	21
2.2	Metodisk tilnærming .....	21
2.3	Datagrunnlag .....	23
3	Rammebetingelser .....	27
3.1	Definisjon og avgrensning.....	27
3.2	Funn fra intervju og spørreundersøkelser.....	27
4	Strukturer.....	41
4.1	Definisjon og avgrensning .....	41
4.2	Funn fra intervju og spørreundersøkelser.....	41
5	Prosesser og arbeidsmåter .....	55
5.1	Definisjon og avgrensning .....	55
5.2	Funn fra intervju og spørreundersøkelse .....	55
6	Resultater.....	67
6.1	Definisjon og avgrensning.....	67
6.2	Funn fra intervju og spørreundersøkelsene .....	67
7	Litteraturliste .....	76
8	Vedlegg .....	77
8.1	Datagrunnlag i spørreundersøkelsen .....	77
8.2	Grafer fra rapporten, inndelt etter regionale helseforetak .....	79
8.3	Intervjuguider .....	84
8.4	Spørreundersøkelser .....	87



# Leseveiledning

Kapittel 1 gir grunnleggende informasjon om pasientsikkerhetsprogrammet

Kapittel 2 forklarer hvilken metode og datakilder som er benyttet i sluttevalueringen

Kapittel 3 beskriver funn knyttet til rammebetingelsene, dvs. aktiviteter som sekretariatet og pasientsikkerhetsprogrammet på nasjonalt nivå hadde ansvar for, og som skulle bidra til at helse- og omsorgstjenestene på best mulig måte kunne arbeide med programmet

Kapittel 4 omhandler funn vedrørende strukturer, dvs. hvordan rammebetingelsene var organisert og hvem som var ansvarlig for det videre arbeidet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Kapittel 5 beskriver prosesser og arbeidsmåter, dvs. hvordan programmet ble arbeidet med i helseforetakene og kommunene, innenfor de etablerte rammebetingelsene og strukturene.

Kapittel 6 gjengir respondentenes opplevelser av oppnådde resultater for pasientsikkerhet i programperioden.

Vedleggene omfatter intervjuguider, spørreundersøkelse, datagrunnlag i spørreundersøkelsen og grafer fra spørreundersøkelsen inndelt i bl.a. regionale helseforetak, helseforetak, stillingskategorier, yrkeskategori etc.

## Forkortelser

FHI	Folkehelseinstituttet
GTT	Global Trigger Tool
HF	Helseforetak
HMS	Helse, miljø og sikkerhet
IHI	Institute for Healthcare Improvement
NOIS	Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner
NOIS-POSI	Kontinuerlig overvåking av infeksjoner i operasjonsområder
RHF	Regionalt helseforetak
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SVK	Sentralt venekateter
USHT	Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester

# 1 Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24–7»

Denne rapporten er sluttrapporten for evalueringen av pasientsikkerhetsprogrammet. Pasientsikkerhetsprogrammet var en videreføring av arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen i perioden 2011–2013. Det ble gjennomført en egen evaluering av pasientsikkerhetskampanjen.<sup>5</sup> Tidligere devalueringer av pasientsikkerhetsprogrammet ble gjennomført i 2016 og 2017. Sluttevalueringen beskriver resultatene av et femårig intensivt program med en rekke tiltak og aktiviteter igangsatt både nasjonalt og lokalt i kommuner og helseforetak. Med resultater mener vi:

- Hvordan opplever respondenter at det har vært å jobbe med pasientsikkerhetsprogrammet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten?
- Hvilke resultater opplever respondenter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten at pasientsikkerhetsprogrammet har oppnådd?

Dette kapittelet tar for seg pasientsikkerhetsprogrammet i korte trekk.

## 1.1 Bakgrunn, mål, organisering og strategi

Krav til systematisk pasientsikkerhet- og forbedringsarbeid inngår i sentrale lover og forskrifter som regulerer norsk helse- og omsorgstjeneste. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017) pålegger virksomheter å sikre faglige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender 24–7*» var et femårig nasjonalt program for å øke pasientsikkerheten i Norge. Målet var å redusere pasientskader gjennom målrettede tiltak, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Programmet pågikk i perioden 2014–2018 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Pasientsikkerhetsprogrammet videreførte arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (2011–2013). Helseforetakene<sup>6</sup> var pålagt å delta i programmet gjennom oppdragsdokumentet; for kommunene var deltagelse frivillig. Det var likevel et mål å spre programmet til 75 prosent av kommunene i Norge, bl.a. gjennom å innføre innsatsområder i sykehjem og hjemmetjenesten, samt konseptet «pasient- og brukersikker kommune».

---

<sup>5</sup> Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24–7 2011–2013 (2014).

<sup>6</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet omfatter også de private sykehusene, som har et forpliktende samarbeid med de regionale helseforetakene de er knyttet til.

### 1.1.1 Bakgrunn

I 2011 lanserte Helse- og omsorgsdepartementet den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «*I trygge hender 24–7*». Kampanjen ble gjennomført i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Målet var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet, og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten. Dette skulle oppnås gjennom målrettede tiltak på prioriterte områder<sup>7</sup>.

Pasientsikkerhetsprogrammet bygget på tiltak og erfaringer fra pasientsikkerhetskampanjen og internasjonale erfaringer. I programmet videreførte man de eksisterende innsatsområdene fra kampanjen, i tillegg til å utrede og innføre nye innsatsområder i løpet av programperioden. Innsatsområdene ble valgt med utgangspunkt i flere kriterier: Områdene måtte ha stort potensial for forbedring; de måtte ha gode data og metoder for evaluering av tiltak; tiltakene måtte kunne dokumenteres som effektive; og innsatsområdene skulle ha støtte i norske fagmiljøer. I juni 2016 ble det vedtatt å innføre tre nye innsatsområder: «*forebygging av underernæring*», «*tidlig oppdagelse av forverret tilstand*» og «*tidlig oppdagelse av sepsis*». Innsatsområdet «*overdosedødsfall etter fengsel*» ble overført til kriminalomsorgen høsten 2016. Våren 2017 kom det et nytt innsatsområde – «*trygg utskriving*». Figuren viser innsatsområdene som omfattes av evalueringen:

---

<sup>7</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24–7 (2014), Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24–7 2011–2013

Kampanjen og programmet var basert på en modell for forbedringsarbeid innen helsetjenester fra Institute for Healthcare Improvement (IHI)<sup>8</sup>.

### 1.1.2 Organisering av programmet

Programmet var et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, og programmets styringsgruppe vedtok alle sentrale beslutninger og budsjett for programmet.

**Styringsgruppen** var en bredt sammensatt gruppe på øverste nivå i helsetjenesten. Styringsgruppen ble ledet av helsedirektøren, og var bredt sammensatt av representanter fra helseforetak, regionale helseforetak, fagforeninger/-forbund, kommuner, KS, brukerorganisasjoner, Helsetilsynet, Folkehelseinstituttet og Statens legemiddelverk.

**Sekretariatet**, som var ansvarlig for programmets daglige drift, var plassert i Helsedirektoratet og organisert som et program. I programperioden skulle sekretariatet også ha faglig spisskompetanse innen pasientsikkerhets- og forbedringsarbeid, samt fungere som en pådriver og tilrettelegger på nasjonalt nivå. Etter endt programperiode gikk sekretariatet over til å bli en permanent avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet<sup>9</sup>.

**Fagrådet** var et rådgivende organ for sekretariatet i faglige spørsmål, inkl. hvordan man kunne gjennomføre aktiviteter og målinger i pasientsikkerhetsprogrammet. Fagrådet holdt møter tre ganger i året. I tillegg kunne sekretariatet ved behov søke råd hos medlemmer av fagrådet utenom møtene.

Hvert innsatsområde hadde sin egen **ekspertgruppe**, som ga sekretariatet råd når tiltakspakker for innsatsområdene skulle utarbeides og revideres. Gruppen var sammensatt av ledende klinikere på området. I tillegg til ekspertgruppene hadde programmet tilgang til eksperter på brukervedvirkning og pasientsikkerhetskultur.

For å gjennomføre programmet i regionene hadde programmet regionale programledere ved alle regionale helseforetak, og lokale programledere ved alle helseforetak. Gjennom programlederne ble helseforetak, via oppdragsdokumentet, pålagt å teste, gjennomføre og spre programmets innsatsområder i alle relevante avdelinger.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten jobbet pasientsikkerhetsprogrammet gjennom to løp: *oppbygging av helhetlige pasient- og brukersikre kommuner, og samarbeid med*

---

<sup>8</sup> Institute for Healthcare Improvement er en uavhengig organisasjon med hovedkontor i Cambridge, Massachusetts, i USA, og en ledende innovatør, partner og resultatdriver innen helse og forbedring av helsetjenester verden over. (Kilde: <http://www.ihl.org/about/Pages/default.aspx>)

<sup>9</sup> «Programmet er over, slik fortsetter arbeidet» artikkel fra pasientsikkerhetsprogrammets hjemmeside. <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/programmet-er-over-arbeidet-fortsetter>, lastet ned 15.2.2019

utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT). Utviklingssentrene hovedmål er å være en pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i sine fylker<sup>10</sup>.

### 1.1.3 Strategi og metode

Pasientsikkerhetsprogrammets strategi definerte en retning og aktiviteter for å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2014–2018. Strategien ble revidert i 2016<sup>11</sup>, noe som blant annet innebar at man:

- økte satsningen på den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- fjernet delstrategier for programmet
- erstattet brukerorientering med brukermedvirkning

For å jobbe for vedvarende forbedringer i helsetjenesten har det vært at en forutsetning at opplæring og veiledning skulle bli tilbudt på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå<sup>12</sup>. Nedenfor presenteres noen tiltak programmet satte i gang for å drive opplæring og veiledning

#### 1.1.3.1 Opplæringstiltak

I den reviderte strategien la man større vekt på opplæringsprogrammer. For eksempel skulle forbedringskunnskap være et eget fag som skulle læres. Både sekretariatet, KS og kommuner, regionale helseforetak og helseforetak skulle bidra til opplæring i forbedringsmetodikk. Forbedringskunnskap ble formidlet blant annet gjennom forbedringsutdanninger og læringsnettverk. Sistnevnte er beskrevet nedenfor.

#### 1.1.3.2 Læringsnettverk

Læringsnettverk er en metode som bygger på *The Breakthrough Model* (gjennombruddsmetoden), utviklet av IHI. Et læringsnettverk består av tre samlinger spredt over seks til ni måneder, og dette var den overordnede spredningsmodellen for programmet.

Læringsnettverket har følgende struktur:

- **Første samling:** Tverrfaglige forbedringsteam blir presentert for programmet, forbedringsmetodikk, tiltakspakken for det aktuelle innsatsområdet, målinger, og teori om gruppetodikk.
- **Mellom første og andre samling:** Teamene gjennomfører tiltak og målinger lokalt. Sekretariatet gjennomfører en felles telefonkonferanse for å utveksle erfaringer og løse utfordringer knyttet til tiltak og målinger. På telefonkonferansen deltar møteleder,

<sup>10</sup> <https://www.utviklingssenter.no/om-oss.486200.no.html>, lastet ned 10.01.2019

<sup>11</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet. Revidert strategi 2014-2018, oktober 2016

<sup>12</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet, Revidert strategi 2014 – 2018, april 2017, s. 7

forbedringsteam med nærmeste leder, faglig leder av læringsnettverket og observatører fra f.eks. RHF, USHT, ekspertgrupper og brukerorganisasjoner.

- **Andre samling:** Teamene får en introduksjon til statistisk prosesskontroll, utveksler erfaringer på tvers av team, og får god tid til å arbeide med eget forbedringsprosjekt.
- **Mellom andre og tredje samling:** Teamene implementerer tiltak og målinger. Sekretariatet holder en felles telefonkonferanse for å utveksle erfaringer og løse utfordringer.
- **Tredje samling:** Teamene presenterer resultater fra eget prosjekt og utveksler erfaringer på tvers av teamene, bl.a. om suksessfaktorer og fallgruver. Etter samlingen arbeider deltakerne med implementeringsstrategi for eget sykehus/kommune.

#### 1.1.4 Mål

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet skulle bidra til å redusere pasientskader og øke pasientsikkerheten i Norge. Dette skulle skje gjennom målrettede tiltak i hele helsetjenesten for å nå tre overordnede mål:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Målet for spredning i spesialisthelsetjenesten var at alle relevante tiltakspakker i programmet skulle bli testet, gjennomført og spredd til relevante enheter innen 2016<sup>13</sup>. Testing, implementering og spredning av tiltakspakkene skulle måles lokalt ved å følge utvalgte prosessindikatorer. På nasjonalt nivå var målingene for gjennomføring og spredning basert på egenrapportering fra helseforetakene og regionene.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester pålegger kommunene å jobbe «*systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet*»<sup>14</sup>. Kommunenes deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet var frivillig, men de ble oppfordret til å jobbe med alle relevante innsatsområder. Målet var at det skulle igangsettes minimum ett innsatsområde i 75 prosent av norske kommuner innen utgangen av 2018. Et minstemål var at kommunene skulle jobbe med innsatsområdet *riktig legemiddelbruk*<sup>15</sup>. Arbeidet med dette innsatsområdet skulle måles gjennom nasjonal kvalitetsindikator for legemiddelgjennomgang.

---

<sup>13</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (2014), Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011–2013, s. 15

<sup>14</sup> <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/innsatsomradene-i-kommunene/programmet-i-kommunene>

<sup>15</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, Revidert strategi 2014-2018, s. 12

I tillegg til målene for programmet, forelå det tre overordnede prinsipper:

- Programmet var til for pasientene og brukerne. Brukermedvirkning skulle være en naturlig del av alle aktiviteter i programmet
- Programmet skulle legge til rette for at det ble bygget og videreutviklet lokal kompetanse i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid
- Programmet skulle bidra til at ny og eksisterende kunnskap og forskning ble en del av daglige rutiner og praksis

#### **1.1.4.1 Tallfesting av mål**

For å følge programmet ble det utarbeidet et dashboard til intern bruk med visuell fremstilling av tidsseriedata knyttet til pasientskader og målene programmet hadde satt seg for programperioden. Dashboardet har et fargekart som viser implementering og spredning av tiltakspakkene i spesialisthelsetjenesten. Rapportering på fargekartet til styringsgruppen ble avviklet i 2018.

Det finnes ingen enkeltindikator for den samlede pasientsikkerheten, og det er heller ingen enighet om hvilke indikatorer som samlet sett gir det mest korrekte bildet av pasientsikkerheten i Norge<sup>16</sup>. Dashboardet bestod av et utvalg nasjonale indikatorer som kunne si noe om pasientsikkerheten og utviklingen over tid. Dashboardet gjenspeilte det samlede pasientsikkerhetsarbeidet i helsetjenestene, og viste ikke utelukkende effektene av arbeidet som ble omfattet av pasientsikkerhetsprogrammet.

Utviklingen i pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten ble fulgt av programmets styringsgruppe. Indikatorene i dashboardet var<sup>17</sup>:

- Pasientskader (Kilde: Årlig rapport om pasientskader målt med Global Trigger Tool (GTT), utgitt av Helsedirektoratet)
- Infeksjoner (Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator presentert i programmets dashboard (kilde for nasjonal indikator er NOIS-POSI))
- 30-dagers overlevelse (Kilde: Nasjonal kvalitetsindikator presentert gjennom programmets dashboard)
- Pasientsikkerhetskultur (kun tall for 2014; kilde: Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen)

---

<sup>16</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, Revidert strategi 2014-2018, s. 12

<sup>17</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet «I Trygge hender 24-7», Revidert strategi 2014-2018, s. 10



- Pasienterfaringer (Kilde: Årlig nasjonal rapport for pasienterfaringer med norske sykehus, utgitt av Kunnskapscenteret i Folkehelseinstituttet (PasOpp-rapport))

Dashbord for den kommunale helse- og omsorgstjenesten skulle utvikles av sekretariatet i samarbeid med de nye pasient- og brukersikre kommunene, men arbeidet har blitt satt på vent. Det skyldes at grunnstrukturer ikke er på plass, og at arbeidet må samkjøres med satsninger som «Felles journalløsning for kommunal helse og omsorgstjeneste», «Kommunal pasient- og brukerregister (KPR)» og videreutvikling av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet for kommunal helse- og omsorgstjeneste<sup>18</sup>.

I pasientsikkerhetsprogrammets reviderte strategi ble det tallfestet nasjonale mål for de enkelte indikatorene som programmet skulle jobbe frem mot.

I tillegg skulle alle helseforetakene kartlegge pasientskader gjennom strukturerte journalgjennomganger ved å benytte metodikken Global Trigger Tool (GTT). GTT er en internasjonalt anerkjent prosedyre som tar utgangspunkt i et tilfeldig utvalg pasientjournaler, og siler disse etter visse kriterier for å identifisere journaler som dokumenterer pasientskade. Hensikten er at helseforetakene kan følge utviklingen av skader over tid. Resultatene rapporteres inn nasjonalt slik at man får et estimat for antall pasientskader på nasjonalt nivå<sup>19</sup>.

#### 1.1.4.2 Pasientsikkerhetskultur

I 2012 og 2014 gjennomførte alle landets helseforetak en pasientsikkerhetskulturundersøkelse<sup>20</sup>. Undersøkelsen målte pasientsikkerhetskulturen ved hjelp av et spørreskjema som kartla ansattes opplevelse av hvordan pasientsikkerhet prioriteres, og ble gjennomført på samme måte som medarbeiderundersøkelser. Undersøkelsen brukte deler av den norske oversettelsen av det internasjonale spørreskjemaet «Safety Attitudes Questionnaire» (SAQ)<sup>21</sup>.

I 2018 ble det for første gang gjennomført en ny undersøkelse som samordnet tre undersøkelser: Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, medarbeiderundersøkelsen fra Helse-Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst, og grovkartlegging av HMS fra Helse Vest<sup>22</sup>. Antallet vurderingspunkter ble redusert fra totalt 119 til 38, og undersøkelsen fikk navnet ForBedring.

<sup>18</sup> Kilde: Avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet

<sup>19</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (2014), Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011 – 2013, s.14

<sup>20</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (2014), Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011 – 2013, s.14

<sup>21</sup> Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 (2014), Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender 24-7 2011 – 2013, s. 26;

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/m%C3%A5linger/pasientsikkerhetskultur/attachment/3161?ts=14b5a84f786>

<sup>22</sup>

<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/attachment/4305?download=false&ts=15c1b0e4cc>

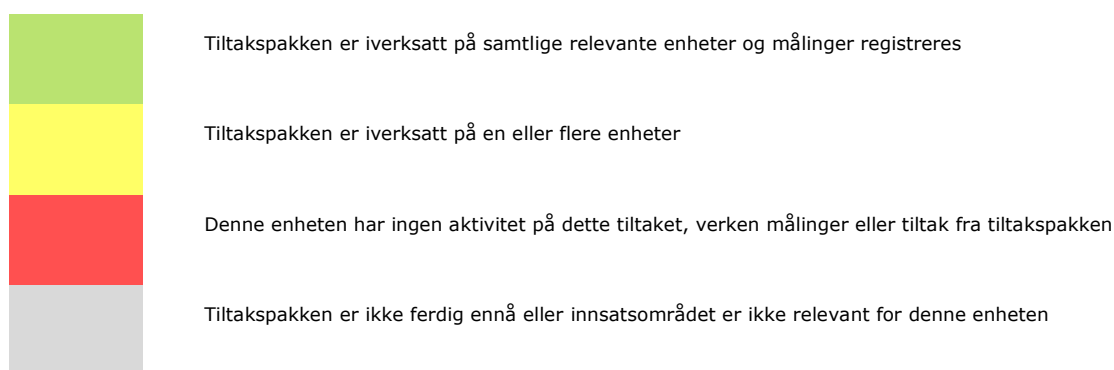
Sluttevalueringen vil ikke kommentere tall fra pasientsikkerhetskulturen (2014) og ForBedringsundersøkelsen (2018) da det ikke er mulig å sammenligne tall fra disse undersøkelsene. Ifølge Helsedirektoratet skyldes dette at undersøkelsene har ulik beregningsmetode for de underliggende indikatorene.

#### 1.1.4.3 Extranet

Som en del av forbedringsarbeidet ble det lagt til rette for bruk av Extranet, et nettbasert dokumentasjons- og analyseverktøy for målinger. Databasen er utviklet av IHI og fungerer som et forbedringsverktøy som har blitt brukt i lignende pasientsikkerhetsinitiativ i andre land. Extranet brukes for å dokumentere arbeidsprosesser hvor hensikten er å visualisere utviklingen over tid og se om det har blitt en forbedring. I innsatsområdenes tiltakspakker inngår prosessindikatorer (som belyser i hvilken grad lokal klinisk praksis er i samsvar med beste praksis) samt resultatindikatorer, der det er mulig å definere disse (dvs. de helsemessige effektene/gevinstene av behandlingen for pasienten).

#### 1.1.4.4 Spredningskart

For å måle graden av spredning av programmet rapporterte helseforetakene spredningskart til programmet på overordnet nivå. Spredningskartene ga en oversikt over hvor langt helseforetakene hadde kommet i arbeidet med de ulike innsatsområdene, illustrert med ulike fargekoder. Nedenfor vises hvordan fargekodene i spredningskartet er definert. Ifølge Helsedirektoratet valgte helseforetakene ulike tilnærminger til hvordan de hentet inn data og tolket fargekodene. Det gjorde at det ble vanskelig å fastslå den faktiske spredningen av innsatsområdene, og at det ikke var hensiktsmessig å sammenligne spredning på tvers av helseforetak eller regioner.



Figur 2. Forklaring av de ulike fargekodene i spredningskartet. Kilde: I trygge hender 24–7

Kommunene rapporterte ikke på spredningskart, men det er laget en oversikt over hvilke kommuner som har deltatt på læringsnettverk med ett eller flere forbedringsteam per innsatsområde.

## 1.2 Evaluering av pasientsikkerhetsprogrammet: Deloitte's mandat

### 1.2.1 Bakgrunn

I den reviderte strategien til pasientsikkerhetsprogrammet står det:

«*Pasientsikkerhetsprogrammet og resultatene som kommer ut av programmets arbeid, blir følgevaluert av en ekstern aktør, finansiert av programmets budsjettmidler og Helsedirektoratet*»<sup>23</sup>. Dette oppdraget fikk Deloitte etter en anbudskonkurranse. I utgangspunktet var det planlagt tre følgeevalueringer samt en sluttevaluering, men dette ble redusert til to følgeevalueringer og en sluttevaluering pga. budsjetttrammene.

Følgeevalueringen skulle vurdere og kvalitetssikre programmets resultater, samt rammebetingelser, strukturer og arbeidsprosesser. Rammebetingelsene, strukturene og arbeidsprosessene som ble evaluert skulle være de som ble antatt å ha størst innflytelse på måloppnåelse og grad av suksess. Hensikten var at resultatene fra følgeevalueringen kunne brukes til å gjøre justeringer i programperioden. *Rammebetingelsene* omhandlet aktiviteter som sekretariatet og pasientsikkerhetsprogrammet på nasjonalt nivå hadde ansvar for, og som skulle bidra til at helse- og omsorgstjenestene på best mulig måte kunne arbeide med programmet. *Strukturer* omhandlet hvordan rammebetingelsene var organisert og hvem som var ansvarlig for det videre arbeidet. *Arbeidsprosessene* tok for seg hvordan programmet ble arbeidet med på et lokalt nivå, og innenfor de etablerte rammebetingelsene og strukturene.

I tillegg skulle følgeevalueringen evaluere pasientsikkerhetsprogrammets foreløpige resultater og vurdere hvilke tiltak som var blitt gjennomført, hvordan de var gjennomført og hva som var effekten.

I henhold til avtalen med Helsedirektoratet skulle sluttevalueringen si noe om i hvilken grad programmet hadde nådd sine mål. Sluttevalueringen skulle også oppsummere viktig lærdom fra programmets funksjonsperiode, samt på hvilke områder programmet hadde hatt en positiv eller negativ utvikling gjennom programperioden.

### 1.2.2 Avgrensninger

Det er viktig å presisere at devalueringene og årets sluttevaluering ikke er en evaluering av pasientsikkerheten i Norge, men av pasientsikkerhetsprogrammet. Deloitte har derfor i hovedsak undersøkt elementer knyttet til programmet.

Vi har ikke vurdert programmets økonomiske rammebetingelser, eller de helsefaglige vurderingene, for eksempel valg av innsatsområder og tiltakspakker eller prioritering av ressursbruk. Hvordan pasientene opplever programmet er heller ikke undersøkt.

---

<sup>23</sup>Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7, Revidert strategi 2014-2018, s. 19

I samtlige av evalueringene legger vi til grunn en bred definisjon av programmet, det vil si sentrale organer som sekretariatet, styringsgruppen og fagrådet, innsatsområdene med tilhørende tiltakspakker som skal gjennomføres i begge helsetjenestene, og arbeidet som gjøres lokalt med programmet i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. En slik bred definisjon innebærer at det ikke har latt seg gjøre å gå i detalj på alle delene i hver devaluering og sluttevalueringen.

I sluttevalueringen ser vi på hvordan resultatene har utviklet seg fra første devaluering til årets sluttevaluering, og hvilke resultater programmet har oppnådd. Begrepet «resultater» blir nærmere definert i kapittel 2.

### **1.2.3 Presentasjon av funn fra evalueringen i rapporten**

Sluttrapporten vil synliggjøre oppnådde resultater fra første evaluering (2016) og til sluttevalueringen (2019) i kapittel 3–5. I kapittel 6 ser vi på resultater som respondentene i sluttevalueringen opplever at pasientsikkerhetsprogrammet har oppnådd.

## 2 Metode og datakilder

### 2.1 Innledning

Årets evaluering har fulgt fremdriftsplanen illustrert nedenfor. Vi har benyttet samme metode for sluttevalueringen som for følgeevalueringene i 2016 og 2017, dvs. metodetriangulering med en kombinasjon av både kvalitative og kvantitative metoder.



Figur 3. Overordnet illustrasjon av evalueringens fremdrift og metodiske tilnærming

Denne tilnærmingen kan bidra til en mer helhetlig forståelse av funn og resultater, da metodene gir forskjellige synsvinkler på graden av måloppnåelse. Datagrunnlaget baserer seg på spørreundersøkelser, intervju og dokumentstudier. Metodene og gjennomføringen beskrives nærmere i de neste delkapitlene.

### 2.2 Metodisk tilnærming

Det er flere faktorer som påvirker evalueringen, blant annet spørsmålet om hvilke resultater sluttrapporten skal vurdere, og hvilket datagrunnlag som brukes for å gjøre denne vurderingen.



Figur 4: Resultatkjeden. Deloittes egen fremstilling.

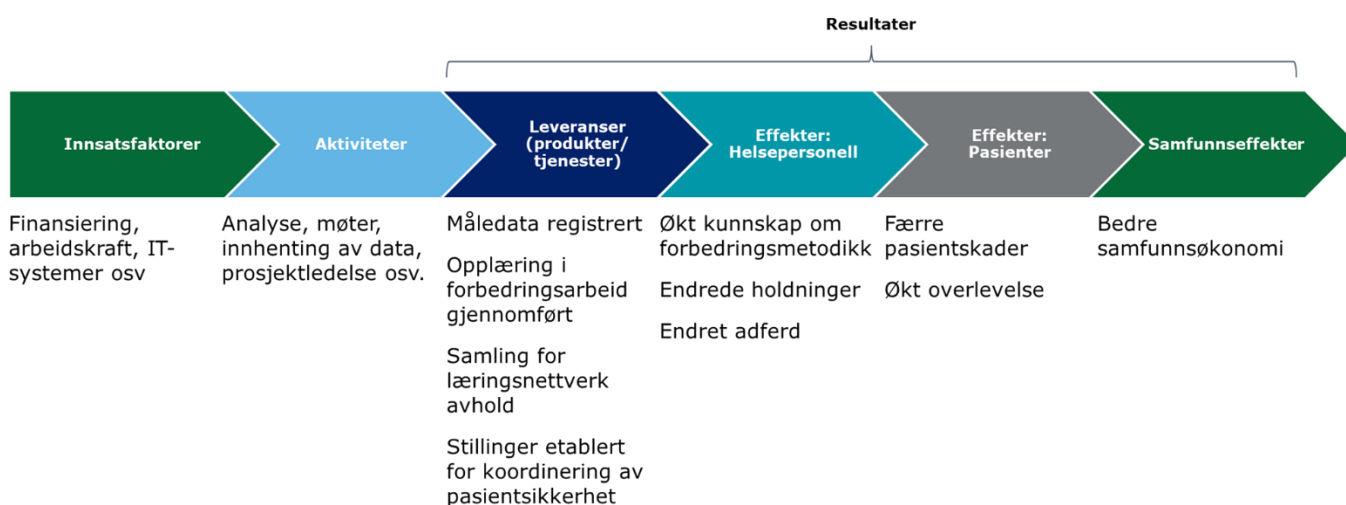
Resultatkjeden er en modell som brukes i mål- og resultatstyring.<sup>24</sup> I henhold til denne kan resultater deles opp i leveranser (produkter/tjenester), brukereffekter og samfunneffekter. For hver av disse resultatkategoriene er det vanlig å definere mål med tilhørende resultatindikatorer som indikerer hvorvidt man har nådd målene eller ikke.

Et viktig punkt er hvordan man definerer brukereffekter. La oss bruke sjekklister for trygg kirurgi som et eksempel. Dette tiltaket vil kunne ha brukereffekten «færre pasientskader»

<sup>24</sup> Se f.eks. Resultatmåling. Mål- og resultatstyring i staten. Veileder, SSØ 12/2010.

(som igjen kan føre til positive samfunnseffekter i form av færre pasientskadeerstatninger, færre tapte arbeidstimer osv.). I tillegg vil tiltaket kunne ha positive effekter for helseforetaket, f.eks. gjennom økt motivasjon hos helsepersonellet, flere behandlede pasienter, bedre økonomi for helseforetaket osv.

Som program rettet pasientsikkerhetsprogrammet seg mot institusjoner (regionale helseforetak, helseforetak, kommunehelsetjenesten) og helsepersonell gjennom tiltak som arbeid med innsatsområder, opplæring i forbedringsarbeid, gjennomføring av læringsnettverk o.l. Det vil si at man kan skille mellom effekter for helsepersonell og effekter for pasienter, som skissert i figuren nedenfor.



Figur 5: Forenklet eksempel på faktorer i resultatkjeden. Deloittes egen fremstilling.

Det blir da tydelig at det overordnede målet "reduere pasientskader" er et effektmål for brukergruppen pasienter. Det overordnede målet "bygge varige strukturer for pasientsikkerhet" (som det ikke er definert egne indikatorer for i pasientsikkerhetsprogrammets strategi) vil typisk falle inn under resultat kategorien leveranser. Det overordnede målet om å «forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten», målt gjennom pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, faller inn under effekter for gruppen helsepersonell. Målet for implementering og spredning i spesialisthelsetjenesten er leveransebasert, mens deler av målet for implementering og spredning i kommunehelsetjenesten er aktivitetsbasert («bør som minimum jobbe med»).

Når man skal evaluere resultatene til pasientsikkerhetsprogrammet kan man ta utgangspunkt i et eller flere av trinnene i resultatkjeden:

- Leveranser: Er det gjennomført opplæring i forbedringsmetodikk? Er sjekklisten for trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner innført?

- Effekter (helsepersonell): Har helsepersonell tilegnet seg kunnskap om pasientsikkerhet? Hvordan er utviklingen i den opplevde åpenhetskulturen knyttet til pasientsikkerhet?
- Effekter (pasienter): Er antallet postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt redusert med 25 prosent fra 2010-nivå til utgangen av 2018? Har «overlevelse 30 dager etter innleggelse for hoftebrudd» økt med 2 prosent fra 2010-nivået til utgangen av 2018?

Pasientsikkerhetsprogrammet har brukt nasjonale kvalitetsindikatorer for pasientskader, infeksjoner, og overlevelse, og selv fulgt utviklingen på disse områdene i løpet av programperioden. Utviklingen i indikatorer som går på pasientsikkerhet i Norge vil selvsagt også være avhengig av forhold utenfor pasientsikkerhetsprogrammets kontroll. Mot dette bakteppet er det viktig å presisere at sluttrapporten primært konsentrerer seg om å vurdere resultater i form av leveranser og effekter for helsepersonell (beskrevet i kapitlene 3-5), med unntak av kapittel 6, som ser på den opplevde effekten av pasientsikkerhetsprogrammet på pasientsikkerhet. Datakilden for å kunne si noe om disse resultatene har vært spørreundersøkelser og intervjuer, som beskrevet i neste delkapittel.

## **2.3 Datagrunnlag**

### **2.3.1 Spørreundersøkelse**

Følgeevalueringen har siden devaluering 1 (2016) samlet inn kvantitativt materiale gjennom Questback. I løpet av følgeevalueringen har Deloitte mottatt svar fra totalt 2 865 unike respondenter, fordelt på spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I sluttevalueringen har 171 respondenter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten svart på undersøkelsen, fordelt på 60 kommuner. Fra spesialisthelsetjenesten har vi mottatt 719 svar, som fordeler seg som vist i tabellen:

RHF	Antall respondenter (prosentvis andel)	Antall ansatte (prosentvis andel)
Helse Sør-Øst	384 (53 %)	78 000 <sup>25</sup> (53 %)
Helse Vest	96 (13 %)	30 000 <sup>26</sup> (20 %)
Helse Midt	112 (16 %)	21 600 <sup>27</sup> (15 %)
Helse Nord	127 (18 %)	18 000 <sup>28</sup> (12 %)
<b>Totalt</b>	<b>719 (100 %)</b>	<b>147 600 (100 %)</b>

Tabell 1. Oversikt over respondenter i spørreundersøkelsen og respondenter sett opp mot antall ansatte i regionalt helseforetak. Kilde: Helseforetakenes egne hjemmesider

Hvis man sammenligner antallet respondenter med andelen ansatte som jobber i de regionale helseforetakene, er Helse Nord noe overrepresentert, mens Helse Vest er noe underrepresentert.

Resultatene fra spørreundersøkelsen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil kun presenteres på overordnet nivå, det vil si at vi ikke presenterer resultatene for de enkelte kommuner eller fylker. Grunnen til dette er fordi det ikke er hensiktsmessig å sammenligne fylker og kommuner på grunn av variasjon i antall respondenter mellom fylker og kommuner. På enkelte områder vil spørreundersøkelsen for spesialisthelsetjenesten bli presentert på regionalt helseforetaksnivå, fordelt mellom ulike faggrupper eller stillingsnivå. Data fra spørreundersøkelsen fordelt på regionale helseforetak finnes i vedlegg [8.2.9](#)

I devaluering 1 ble spørreundersøkelsen sendt til epostadresser mottatt fra helseforetakene. På grunn av ulike retningslinjer i foretakene knyttet til utlevering av ansattes epostadresser medførte dette betydelig tid- og ressursbruk, med lav svarprosent (34 prosent i spesialisthelsetjenesten og 23 prosent i den kommunale helse- og omsorgstjenesten). I devaluering 2 (2017) ble det forsøkt å inngå databehandleravtaler med helseforetakene for å få tilgang til kontaktinformasjon i relevante avdelinger i spesialisthelsetjenesten, men prosessen kunne ikke gjennomføres da epostadresser ble vurdert å være personopplysninger som ikke kunne deles med Deloitte som ekstern aktør. Løsningen ble å distribuere undersøkelsen via lokale programledere som videresendte undersøkelsen til relevante enheter ved helseforetakene. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble spørreundersøkelsen distribuert via USHT-lederne. Disse lederne brukte deretter sitt nettverk for å videresende spørreundersøkelsen til relevante enheter/virksomheter.

<sup>25</sup> <https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/hva-har-vi-gjort/nokkeltall#sykehustjenester-til-2,9-millioner-innbyggere>

<sup>26</sup> <https://helse-vest.no/om-oss/nokkeltal>

<sup>27</sup> <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2044-18%20vedlegg%20Styrets%20%C3%A5rsberetning%20og%20%C3%A5rsregnskap%20for%20Helse%20Midt-Norge%20RHF%202017.pdf>

<sup>28</sup> <https://helse-nord.no/om-oss/hva-gjor-helse-nord-rhf/nokkeltall>



Denne prosessen førte til at man ikke kjente til størrelsen på populasjonen, og derfor ikke kunne trekke et stratifisert utvalg fra populasjonen. Det betyr at funnene fra spørreundersøkelsen kan bli mindre representative enn hvis man hadde kunne trekke et stratifisert utvalg. Dette ble likevel vurdert å være den mest hensiktsmessige fremgangsmåten, basert på virkemidlene som evaluator rådde over. Samme prosess ble brukt i sluttevalueringen. Til tross for denne begrensningen er det interessant å se at svarene fra respondentene er såpass konsistente på tvers av devalueringene.

### **2.3.2 Intervju**

Som i devalueringene ble sentrale personer med tilknytning til pasientsikkerhetsprogrammet intervjuet i forbindelse med sluttevalueringen. Informantene har ulike roller og representerer forskjellige organer i programmet. I devalueringene (2016, 2017) intervjuet vi informanter tilknyttet programmets overordnede organ (styringsgruppen, fagrådet, sekretariatet, etc.). I årets sluttevaluering har vi konsentrert oss om sentrale personer i regionale helseforetak, helseforetak og kommuner.

Siden første devaluering i 2016 har vi intervjuet 90 personer som har arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten gjennom å arbeide med pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter. Respondentene har representert ulike organer og ledernivå, i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Intervjuene har vært delt inn i innledende intervjuer og dybdeintervjuer. Hensikten med de innledende intervjuene var å få flest mulig ulike perspektiver på pasientsikkerhetsprogrammet. I de innledende intervjuene var respondentene regionale og lokale programledere, forbedringsagenter ved helseforetak, ledere ved USHT og spesialrådgivere i pasientsikkerhet ved helseforetak. Dybdeintervjuene ble gjennomført med ledere på operativt nivå fra relevante avdelinger i helseforetak, sykehjem og hjemmetjenesten, representanter fra pasient- og brukersikre kommuner og KS.

I foreliggende sluttrapport ble det totalt gjennomført 19 intervjuer. 13 av intervjuene var innledende intervjuer og 6 var dybdeintervjuer.

I tillegg til eget innsamlet datamateriale for sluttevalueringen har vi inkludert data fra følgende kilder:

- Deloitte (2016) *Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet, devaluering 1*
- Deloitte (2017) *Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet, devaluering 2*
- Riksrevisjonen (2019), *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*. Dokument 3:5 (2018 – 2019)
- Rapporter over pasientskader i Norge målt med Global Trigger Tool

- Folkehelseinstituttet (2018), *Helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk (NOIS), antibiotikaresistens (MSIS) og Verdens håndhyginedag*. Årsrapport 2017, figur s. 17
- Folkehelseinstituttet (2019), *30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse*. Resultater for 2017, figur s. 13
- Helsedirektoratet, *Pasienterfaringer med somatiske sykehus*, <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusoppfoelgning/pasienterfaringer-med-somatiske-sykehus> , Lastet ned 16.05.2019

# 3 Rammebetingelser

## 3.1 Definisjon og avgrensning

Kapittelet presenterer funn fra devalueringene (2016, 2017) og sluttevalueringen (2019), hvor vi vurderer programmets rammebetingelser. Funnene i kapittelet er knyttet til programmets overordnede og sentrale nivå. Det betyr føringer, beslutninger, leveranser, informasjon og veiledning som kommer fra de sentrale organene i programmet og formidles ut til resten av helse- og omsorgstjenesten. Dette er definert som pasientsikkerhetsprogrammets rammebetingelser i den forstand at de kan sees på som ytre forhold som stiller krav til, og legger føringer for, helseforetakene og kommunene som skal gjennomføre programmet i helsetjenesten.

Kapittelet gjengir i hovedsak funn fra de tidligere devalueringene sett opp mot funn fra sluttevalueringen for å se utviklingen i perioden Deloitte evaluerte pasientsikkerhetsprogrammet. For å følge utviklingen vil kapittelet gjengi funn fra intervjuene, hvor informantene er representanter fra ulike organer i pasientsikkerhetsprogrammet og i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Enkelte funn fra spørreundersøkelsen er omtalt, men spørreundersøkelsen er mindre relevant for rammebetingelser da den hovedsakelig stiller spørsmål om strukturer, arbeidsprosesser og resultater.

## 3.2 Funn fra intervju og spørreundersøkelser

### 3.2.1 Innretningen på programmet

I 2016 var tilbakemeldingen at styringslinjen i spesialisthelsetjenesten var mer hensiktsmessig enn kontaktflaten som programmet hadde med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Styringslinjen i spesialisthelsetjenesten ble trukket frem som hensiktsmessig fordi den fulgte den formelle organiseringen og bidro til klare ansvarslinjer. Respondentene oppfattet at de regionale og lokale programlederne var godt egnet for å spre programmet i regionale og lokale helseforetak. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble programmet spredt via utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (USHT), noe som fortsatt er gjeldende i dag. Denne kontaktflaten kan ikke defineres som en styringslinje da programmet var, og fortsatt er, frivillig i kommunal sektor. Utviklingssentrene har ingen formell rolle eller myndighet overfor kommunal helse- og omsorgstjeneste. I 2016 uttalte respondenter fra USHT at det ikke var nok med USHT som pådrivere for pasientsikkerhetsprogrammet i kommunene. Økt behov for å involvere kommunenes administrative ledelse ble belyst, og respondenter stilte spørsmål ved at programmet var frivillig i kommunene da de opplevde at dette begrenset muligheten for å spre programmet. Det er viktig å presisere at det, på grunn av kommunenes selvstyre, ikke var innenfor pasientsikkerhetsprogrammets mandat å bestemme om kommunenes deltakelse skulle være frivillig eller ikke.

I 2017 var det fortsatt en generell opplevelse av at styringslinjen i spesialisthelsetjenesten fungerte godt. Der hvor dette ikke var tilfelle skyldtes det dårlig styring og organisering på helseforetaksnivå. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten var kontaktflaten via USHT ikke optimal for å sikre programmets mål om at kommunene burde jobbe med alle relevante innsatsområder, og som minimum med innsatsområdet «riktig legemiddelbruk».

Utviklingssentrene uformelle rolle overfor kommunale helse- og omsorgstjenester ble fortsatt trukket frem som den største hindringen for å spre programmet i kommunene.

I sluttevalueringen gis mange av de samme tilbakemeldingene. Lokal struktur og styringsstruktur på helseforetakene har mye å si for hvor godt programmet er forankret. I tillegg har ikke USHT-ene mer påvirkningskraft nå enn hva de hadde i 2016. Respondenter fra USHT opplever likevel at programmet har vært nyttig for utviklingssentrene rolle som et kunnskapssenter for å styrke kvaliteten i tjenestene gjennom fag- og kompetanseutvikling og spredning av nasjonale føringer. Et eksempel fra intervjuene er opplevelsen av at pasientsikkerhetsprogrammet har gitt USHT en god grunn til å ha mer kommunikasjon med sykehjem og hjemmetjeneste i kommunene som USHT skal bistå. Noe som fortsatt blir løftet frem som en viktig faktor for å sikre at kommunene virkelig skal implementere programmet er å involvere kommuneledelsen og forankre programmet i kommunens strategi og kompetanseplan e.l.

### **3.2.2 Sekretariatet**

I følgeevalueringene og sluttevalueringen har sekretariatet i hovedsak fått positive tilbakemeldinger. En gjennomgående kommentar fra intervjurespondentene har vært at sekretariatet er et organ som de støtter seg på, og som er flinke til å veilede og følge opp. Det har blitt trukket frem at sekretariatet har en god serviceinnstilling og har vært behjelpelig med både store og små spørsmål.

### **3.2.3 Styringsgruppen og fagrådet**

Tilbakemeldinger fra intervjuer i de tidligere devalueringene var at styringsgruppen har vært et viktig organ, men at styringsgruppen hadde en overvekt av representanter fra spesialisthelsetjenesten. For å øke innsatsen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble sammensetningen av styringsgruppen endret med flere representanter fra kommunal sektor. En annen tilbakemelding var at styringsgruppen burde ha konsentrert seg om programmets strategi for hva som skulle skje etter at programmet ble avsluttet. Denne anbefalingen tok styringsgruppen til seg, men etter hva vi har erfart gjennom følgeevalueringen burde planleggingen av programslutt blitt satt i gang lenge før 2018. Det var Deloitte's anbefaling i både første og andre devaluering å starte med dette arbeidet for å sikre kontinuitet etter programslutt. Endelig plan for å forebygge og redusere pasientskader ble ikke ferdigstilt før februar 2019.

I sluttevalueringen har vi ikke stilt utdypende spørsmål i intervjuene om hvordan styringsgruppen og fagrådet fungerte. Årsaken er at disse organene ble lagt ned tidlig i 2019, og at det var mer relevant å vurdere styringsgruppen og faggruppen i første devaluering, som vektla programmets rammebetingelser og strukturer (delrapport 1, 2016).

#### **3.2.4 Innsatsområder, tiltakspakker og målinger**

I den første devalueringen (2016) ble innsatsområdene opplevd som både riktige og viktige for å redusere pasientskader i Norge. Respondentene opplevde at faggruppens valg av innsatsområder var riktig. Det var likevel en del tilbakemeldinger fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten om at tiltakspakkene var rettet mot spesialisthelsetjenesten, noe som opplevdes som en begrensning når tiltakspakkene skulle implementeres i sykehjem og hjemmetjenester. I spesialisthelsetjenesten var det en oppfatning om at noen av innsatsområdene i stor grad var rettet mot pleiere, noe som kunne forårsake svakere forankring hos andre faggrupper (f.eks. leger).

I 2017 var tilbakemeldingene i hovedsak knyttet til at det var utfordrende å jobbe med innsatsområdene og tiltakspakkene i praksis, f.eks. ved sengeposter hvor alle eller en stor del av innsatsområdene var aktuelle. Det ble stilt spørsmål ved om det var *for* mange innsatsområder. Tilbakemeldingene på innsatsområdene bar preg av at respondentene var usikre på hvordan de skulle gripe an arbeidet med innsatsområdene, og kunne bli overveldet av alle tiltakspakkene de skulle implementere.

I samtlige evalueringer har det blitt rettet kritikk mot målinger. Respondenter legger vekt på at målingene ofte tar utgangspunkt i dårlige datasystemer som krever mye manuelt arbeid. Respondenter gir tilbakemelding om at flere sykehjem og hjemmetjenester jobber med innsatsområdene, men at det ikke måles i så stor grad. En vanlig tilbakemelding er at spesielt Extranet er utdatert og ikke fungerer godt nok for det formålet systemet skal tjene. Det trekkes frem i intervjuene at graden av målinger til en viss grad er personavhengig, da ikke alle som jobber med innsatsområdene har nødvendig kompetanse for å gjennomføre målingene.

Rapporten vil beskrive funn knyttet til innsatsområder, tiltakspakker og målinger nærmere i kapitlene 5.2.

#### **3.2.5 Modellen for spredning av programmet**

Modellen for spredning av programmet er læringsnettverk. Gjennom hele evalueringsperioden har det vært positive tilbakemeldinger fra respondenter som har deltatt på læringsnettverk. Læringsnettverkene har blitt opplevd som lærerike, relevante og som en kilde til oppdatert kunnskap. At læringsnettverkene er tverrfaglige trekkes frem som en fordel. I 2016 understreket respondentene, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og

omsorgstjenesten, viktigheten av at de som deltar på læringsnettverk representerer flere roller, stillingsnivåer og avdelinger. Dette gjør det lettere å spre kunnskap i organisasjonen/virksomheten og å implementere innsatsområdene. Det ble fremhevet at ledere og ressurspersoner burde delta for å sikre videreføring av programmet ute i tjenestene. Respondentene rapporterte også at leger i mindre grad var representert i læringsnettverkene, og at kostnader knyttet til læringsnettverk var krevende økonomisk, spesielt for mindre sykehus og kommuner.

I forbindelse med delrapport 2 (2017) anbefalte respondentene at læringsnettverkene burde inkludere større team fra samme helseforetak eller kommune for å bidra til bedre kunnskaps- og kompetansedeling.

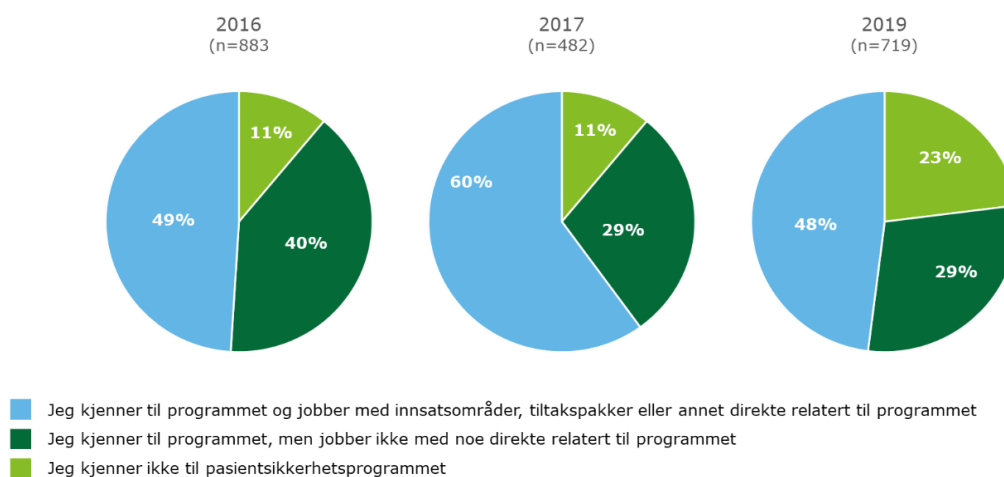
I intervjuene fra sluttevalueringen kommer det frem at helseforetak og kommuner også har tatt initiativ til å arrangere lokale læringsnettverk. De fleste informantene mener at lokale læringsnettverk fungerer bedre enn nasjonale læringsnettverk fordi lokale læringsnettverk i større grad sikrer kompetansedeling ved at flere personer fra samme enhet eller virksomhet deltar. Dette gjør det lettere å implementere forbedringsprosjekter og tiltakspakker. Det skal nevnes at avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet opplevde at de nasjonale læringsnettverkene for kommunene på innsatsområdene «*tidlig oppdagelse av forverret tilstand*», «*tidlig oppdagelse av sepsis*», «*forebygging av underernæring*» og «*trygg utskrivning*» hadde en bred og tverrfaglig deltakelse i 2017–2018.

### 3.2.6 Kjennskap til programmet, mål og føringer

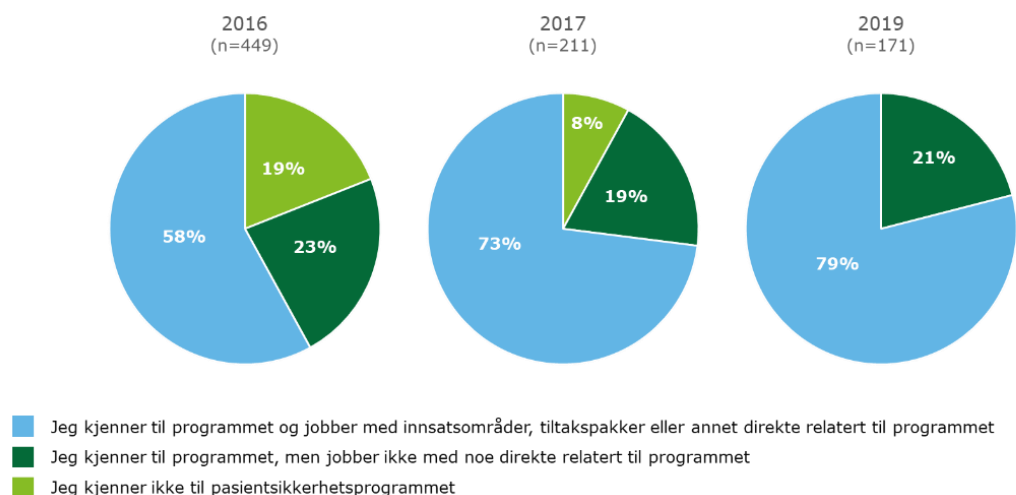
Gjennom følgeevalueringen har det blitt stilt spørsmål om hvilket forhold respondentene har til pasientsikkerhetsprogrammet. Figurene under viser svarfordelingen i de ulike målgruppene fra hele følgeevalueringsperioden.

#### «Hva er ditt forhold til pasientsikkerhetsprogrammet?»

##### Spesialisthelsetjenesten:



### Den kommunale helse- og omsorgstjenesten:



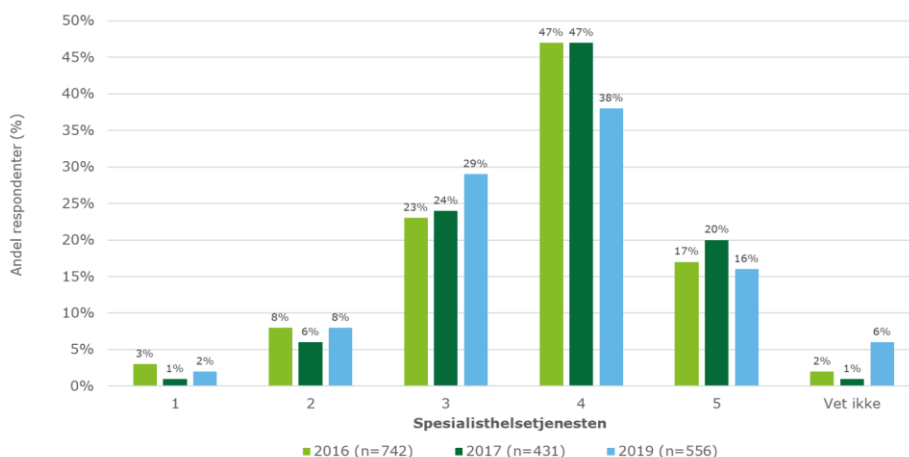
Figur 7. Oversikt over respondentenes svar i den kommunale helse- og omsorgstjenesten på spørsmål om deres forhold til pasientsikkerhetsprogrammet. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

I sluttevalueringen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde alle respondentene kjennskap til pasientsikkerhetsprogrammet. 79 prosent av respondentene kjenner til programmet og jobber med innsatsområder, tiltakspakker eller annet direkte relatert til programmet. 21 prosent kjenner til pasientsikkerhetsprogrammet, men jobber ikke med noe direkte relatert til programmet.

For spesialisthelsetjenesten har 48 prosent kjennskap til programmet og jobber med innsatsområder, tiltakspakker eller annet direkte relatert til programmet. 29 prosent kjenner til programmet, men jobber ikke med noe direkte relatert til programmet. Antall respondenter som ikke kjenner til programmet har økt siden de to forrige evalueringene. Hva som er årsaken til økningen er ikke kjent. Resultatene viser likevel at respondentene i stor grad kjenner til programmet.

Gjennom hele følgeevalueringen har vi spurt respondentene i spesialisthelsetjenesten om i hvilken grad de opplever å ha tilegnet seg nok kunnskap om pasientsikkerhet gjennom å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet. I tillegg har vi spurt spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten om i hvilken grad de opplever at ledere og medarbeidere har tilegnet seg nok kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet. Spørsmålene kan indikere i hvilken grad informasjon fra sekretariatet og andre organer på overordnet nivå har nådd ut til helseforetak og virksomheter i kommunen. Resultatene vises i figurene nedenfor.

**«I hvilken grad opplevde du å tilegne deg nok kunnskap om pasientsikkerhet gjennom å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden?»**



Figur 8. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) fra spesialisthelsetjenesten for spørsmålet «I hvilken grad opplevde du å tilegne deg nok kunnskap om pasientsikkerhet gjennom å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

I sluttevalueringen til spesialisthelsetjenesten svarte 54 prosent av respondentene at de opplevde å tilegne seg nok kunnskap om pasientsikkerhet gjennom programperioden. Gjennomsnittsscoren er 3,6. Det er en liten nedgang fra de tidligere evalueringene hvor 64 prosent svarte 4 eller 5 i devaluering 1 og 67 prosent svarte 4 eller 5 i devaluering 2<sup>29</sup>. Det er få respondenter som opplever at de i liten grad har tilegnet seg nok kunnskap om pasientsikkerhet gjennom å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet (10 prosent som svarte 1 eller 2 i sluttevalueringen).

71 prosent av respondentene på ledernivå 2 (kliniksjefer/klinikkdirektører) opplever i stor grad å ha tilegnet seg kunnskap om pasientsikkerhet gjennom å jobbe med pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter (respondenter som har svart 4 eller 5). På de andre ledernivåene (nivå 3–5) er det rundt 50 prosent av respondentene som opplever at de har tilegnet seg kunnskap om pasientsikkerhet i stor grad ved å jobbe med aktiviteter knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet. Sett opp mot stillingskategori så svarer over 50 prosent av respondentene som er sykepleiere at de har god kjennskap til programmet. 41 prosent av legene svarer enten 4 eller 5.

I regionale helseforetak opplever 69 prosent av respondentene i Helse Vest og 60 prosent av respondentene i Helse Nord å ha tilegnet seg kunnskap om pasientsikkerhet gjennom pasientsikkerhetsprogrammet. I Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst er det noen lavere prosent, med henholdsvis 46 og 49 prosent av respondentene som svarer 4 eller 5.

<sup>29</sup> Spørsmålet ble omformulert i sluttevalueringen fra «I hvilken grad opplever du å ha tilstrekkelig kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet» til «I hvilken grad opplevde du å tilegne deg nok kunnskap om pasientsikkerhet gjennom å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden?».



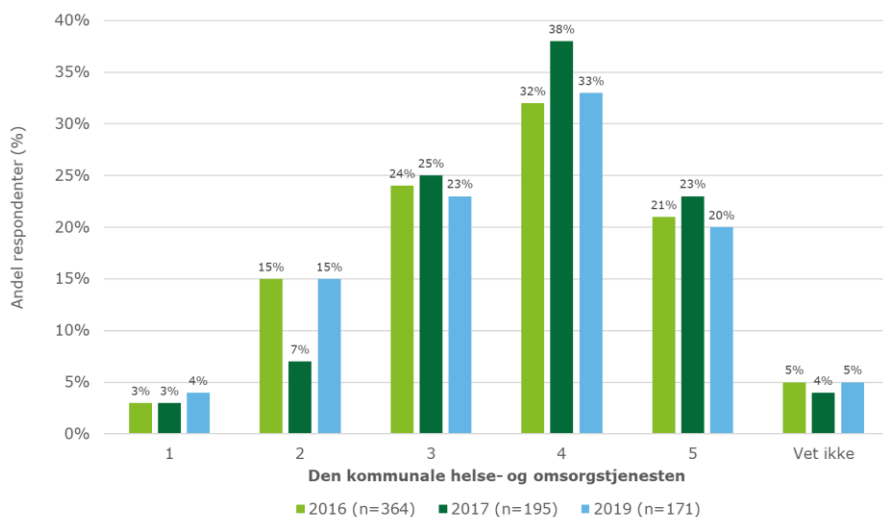
**«I hvilken grad opplevde du at dine medarbeidere tilegnet seg nok kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden?»**



Figur 9. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) fra spesialisthelsetjenesten for spørsmålet «I hvilken grad opplevde du at dine medarbeidere tilegnet seg nok kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad) og inneholder kun svar fra respondenter med lederansvar. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

På spørsmålet om i hvilken grad respondentene opplevde at medarbeidere tilegnet seg nok kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet, er gjennomsnittsscoren for spesialisthelsetjenesten i sluttevalueringen 3,3. Denne har vært stabil gjennom samtlige evalueringer. Basert på grafen over ser vi at respondentene opplever at medarbeidere i middels grad har tilegnet seg nok kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet.

**«I hvilken grad opplevde du at ledere i din virksomhet hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet?»**

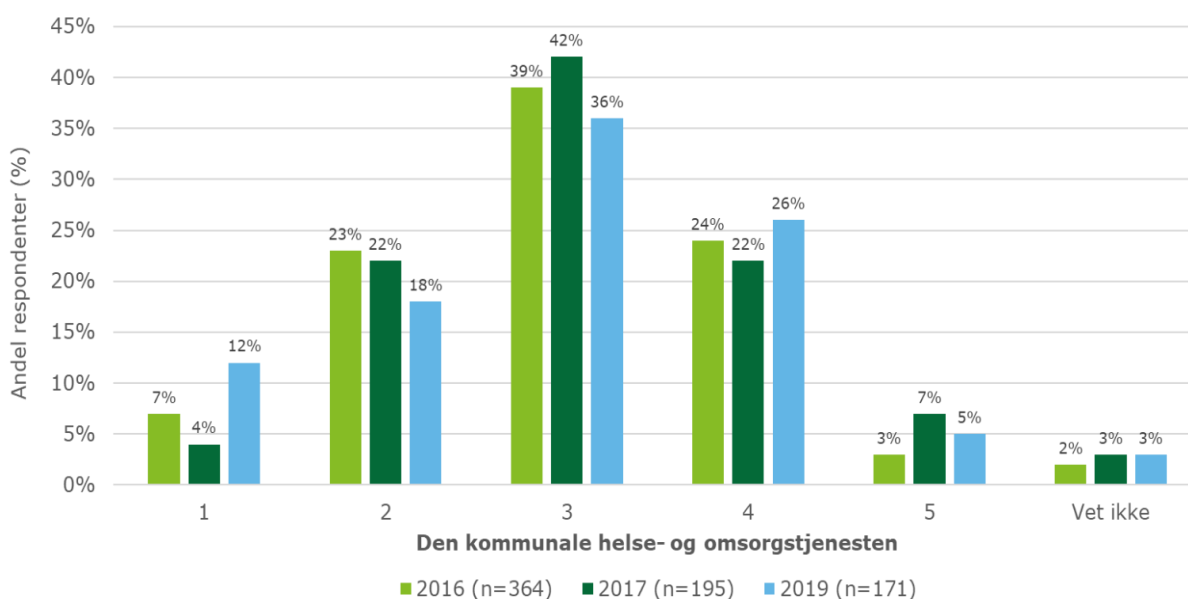


Figur 10. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten for spørsmålet "I hvilken grad opplevde du at ledere i din virksomhet hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet?". Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelse, Deloittes egen fremstilling.

Figur 10 viser at 53 prosent av respondentene for den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplevde at lederne i deres virksomhet hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet. Gjennomsnittet for spørsmålet er 3,5 og har vært jevnt siden 2016.

Kun 31 prosent av respondentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplevde at medarbeiderne hadde tilstrekkelig kunnskap (score 4 og 5) om pasientsikkerhetsprogrammet (figur 11). Gjennomsnittsscoren knyttet til medarbeidernes kjennskap har vært jevn også for dette spørsmålet, men er lav og ligger på 2,03.

### «I hvilken grad opplevde du at medarbeidere i din virksomhet hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet?»



Figur 11. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten for spørsmålet "I hvilken grad opplever du at medarbeidere i din virksomhet hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet?". Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

Resultatene fra spørreundersøkelsen, både for den kommunale helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, kan tyde på at kunnskap om programmet i større grad har nådd frem til ledere enn medarbeidere. Dette kan ses i sammenheng med enkelte intervjurespondenter som har opplevd at spredningen av programmet har vært avhengig av i hvilken grad ledere har tatt ansvar for å spre programmet videre i avdelingene.

#### 3.2.7 Brukermedvirkning

Ved devaluering 1 var brukerorientering et førende prinsipp for pasientsikkerhetsprogrammet. Brukerorientering skulle være en naturlig del av alle nasjonale, regionale og lokale initiativ og forbedringsprosjekter knyttet til pasientsikkerhetsprogrammet. For å involvere brukerne i enda større grad ble brukerorientering endret til brukermedvirkning i 2016. Brukermedvirkning handler om å sikre en trygg og god helse- og omsorgstjeneste for brukerne, og innebærer at pasienter skal involveres aktivt i pasientsikkerhetsarbeid. Pasientens erfaringer skal benyttes for å redusere risiko i uønskede hendelser. For å sikre helhetlig brukermedvirkning er det sentralt at brukermedvirkning skjer på både individ-, tjeneste- og systemnivå. På *individnivå* skal den som benytter seg av et tjenestetilbud medvirke i valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. Brukermedvirkning på *tjenestenivå* betyr at pasientenes, brukernes og de pårørendes erfaringer skal benyttes til forbedring av tjenestene. På *systemnivå* handler

brukermedvirkning om å sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planer for virksomheten. For eksempel betyr dette at brukerorganisasjoner skal være representert på ulike måter for å ivareta brukernes erfaringer med basis i brukerkompetanse. Dette kan skje gjennom brukerutvalg, møter, høringer og deltakelse i prosjekter<sup>30</sup>.

Brukermedvirkning oppleves av de fleste respondentene å være et prinsipp som er viktig, men vanskelig å gjennomføre i praksis. I intervjuene i sluttevalueringen spurte vi respondentene hvordan de involverte brukerne i pasientsikkerhetsarbeidet. Samtlige av respondentene ga ufullstendige svar på hva de konkret gjorde for å involvere brukere. En respondent fra spesialisthelsetjenesten mente at brukermedvirkning i stor grad handlet om kultur og endring i tankesett, og at det derfor var vanskelig å få til noe på kort tid. På spørsmål om hvordan brukere ble involvert i pasientsikkerhetsarbeid viste de fleste intervjurespondentene til brukerutvalg, altså brukermedvirkning på systemnivå. Etter vår mening må det jobbes aktivt med å involvere brukerne i større grad, og spesielt viktig er det å forstå brukerens sentrale rolle i forbedringsarbeid og på de ulike nivåene (individ-, tjeneste- og systemnivå).

Spørreundersøkelsene har hatt spørsmål om brukermedvirkning og graden av brukerinvolvering i samtlige av evalueringene for både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2016 og 2019 ble det spurt om «*i hvilken grad involveres brukere aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?*». I 2017 ble spørsmålet omformulert til «*i hvilken grad har pasientsikkerhetsprogrammet bidratt til å styrke brukermedvirkningen i din enhet?*». Grunnen til omformuleringen var for å se om dette ga andre svar enn spørsmålet slik det ble stilt i 2016. Omformuleringen gjør at det blir vanskeligere å sammenligne svarene for 2017 med foregående og etterfølgende år. Vi har likevel kommet med noen hypoteser om årsaken til mulige forskjeller i svarene, som er visualisert for både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten nedenfor.

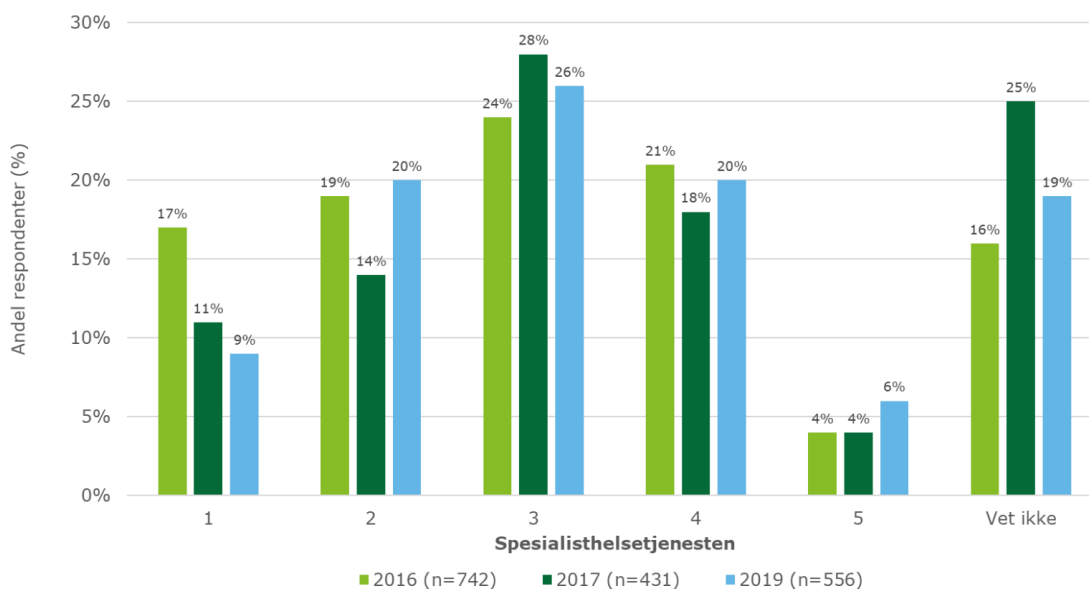
---

<sup>30</sup> Brukermedvirkning på tre ulike nivå.

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva> (lastet ned 12.05.2019)

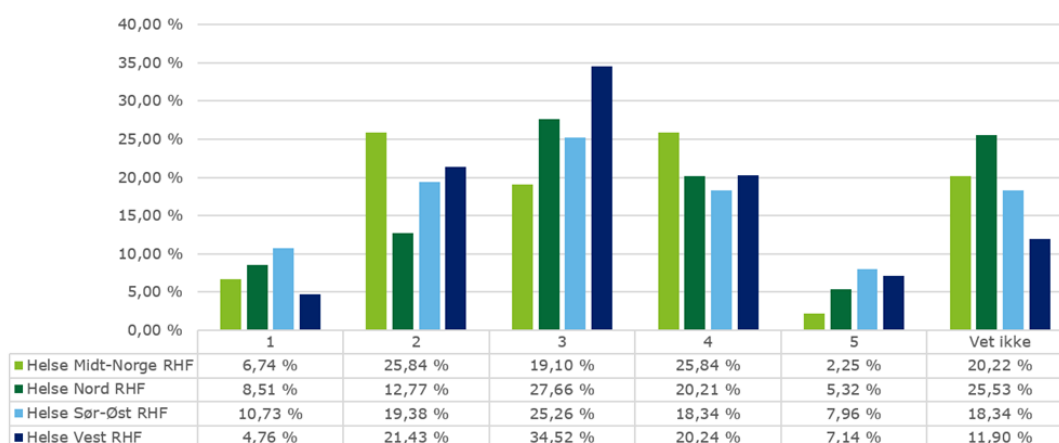
## «I hvilken grad inkluderes brukeren aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?»

### Spesialisthelsetjenesten:



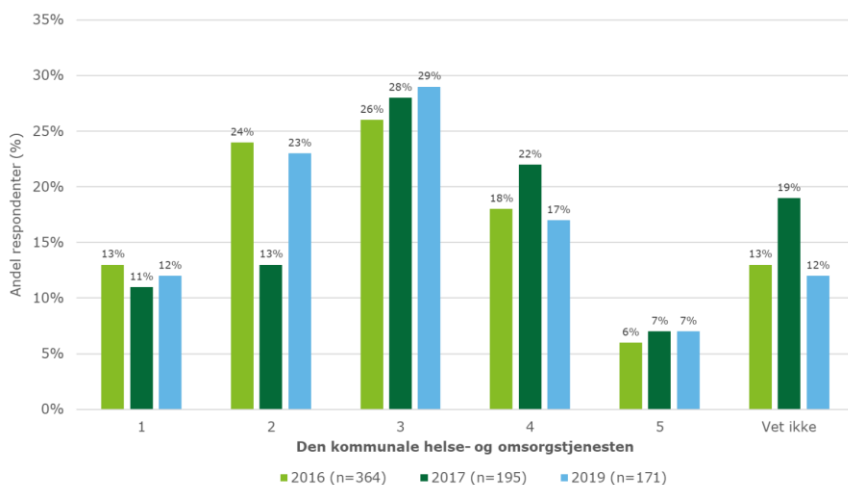
Figur 12. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spesialisthelsetjenesten for spørsmålet «I hvilken grad inkluderes brukeren aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?». Spørsmålet for evalueringen i 2017 var «I hvilken grad har pasientsikkerhetsprogrammet bidratt til å styrke brukermedvirkningen i din enhet». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

### Spesialisthelsetjenesten, delt inn i regionale helseforetak:



Figur 13. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spesialisthelsetjenesten fordelt mellom regionale helseforetak for spørsmålet «I hvilken grad inkluderes brukeren aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?». Figuren viser kun svar fra spørreundersøkelsen som ble gjennomført i sluttevalueringen (2019).

### Den kommunale helse og omsorgstjenesten:

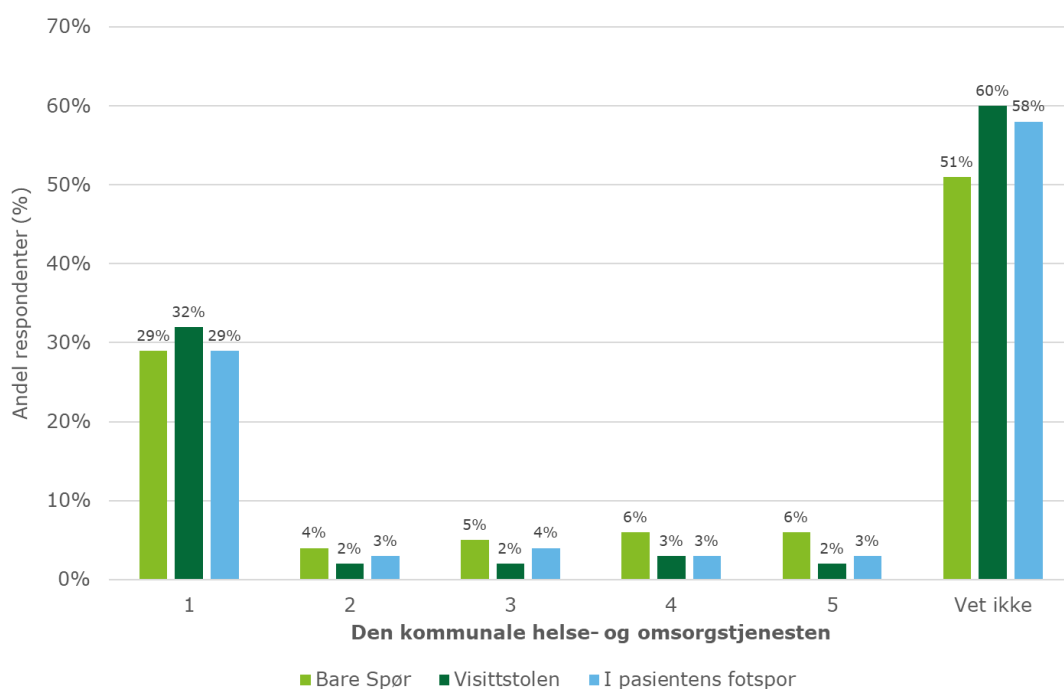
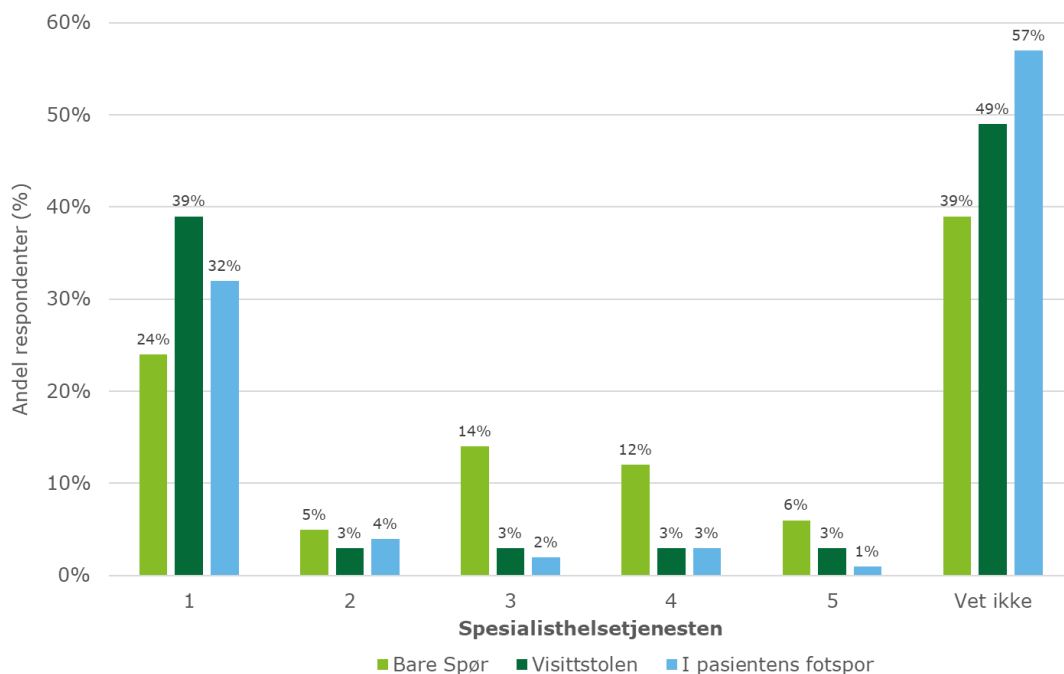


Figur 14. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for den kommunale helse- og omsorgstjenesten for spørsmålet «I hvilken grad inkluderes brukeren aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?». Spørsmålet for evalueringen i 2017 var «I hvilken grad har pasientsikkerhetsprogrammet bidratt til å styrke brukermedvirkningen i din enhet». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

Uavhengig av spørsmålsformuleringen indikerer svarene at respondentene, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, opplever at brukere i lav til moderat grad involveres i pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomsnittsscoren for den kommunale helse- og omsorgstjenesten er 2,82 for årets spørreundersøkelse. I 2016 var gjennomsnittsscoren 2,78 og i 2017 3,01. For spesialisthelsetjenesten er gjennomsnittsscoren 2,9 og har vært relativt stabil gjennom følgeevalueringen. Ser man på i hvilken grad brukere inkluderes aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet, inndelt etter regionale helseforetak, er det ingen regionale helseforetak som i særlig grad skiller seg ut.

Den høye andelen respondenter som har svart «*vet ikke*» kan også tyde på at respondentene ikke vet hvordan brukerne involveres i pasientsikkerhetsarbeidet, en hypotese som støttes av at intervjurespondentene opplevde brukermedvirkning som vanskelig å gjennomføre i praksis. Økningen i andelen respondenter som svarte «*vet ikke*» i 2017, da spørsmålet ble omformulert, kan tyde på manglende kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammets arbeid for brukermedvirkning.

**«I hvilken grad har din virksomhet/enhet tatt i bruk pasientsikkerhetsprogrammets verktøy for brukermedvirkning?»**



Figur 15. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for hhv. Spesialisthelsetjenesten (n= 556) og den kommunale helse- og omsorgstjenesten (n= 171) for spørsmålet «I hvilken grad har din virksomhet/enhet tatt i bruk pasientsikkerhetsprogrammet verktøy for brukermedvirkning?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

Figur 15 viser i hvilken grad respondentene benytter pasientsikkerhetsprogrammets verktøy for brukermedvirkning: *Bare spør*, *Visittstolen*, og *I pasientens fotspor*. Også på spørsmålet knyttet til verktøy for brukermedvirkning er det en svært høy andel som har svart «*vet ikke*» eller vurdert bruken av verktøyene som lav. Dette gjelder både for spesialisthelsetjenesten og for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Figuren viser kun svar for sluttevalueringen, men i de tidligere devalueringene var det også en høy prosentandel av respondentene som svarte «*vet ikke*» eller opplevde at de i liten grad benyttet verktøyene for brukermedvirkning. I spørreundersøkelsen spurte vi respondentene (både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten) om mulige kommentarer til hvorfor verktøyene for brukermedvirkning i liten grad var benyttet. Hovedtilbakemeldingen var at de ikke hadde hørt om verktøyene på sine avdelinger. Enkelte respondenter opplevde at det var en viss motstand fra leger mot å benytte verktøyene, og da spesielt visittstolen.



## 4 Strukturer

### 4.1 Definisjon og avgrensing

Dette kapittelet presenterer funn fra begge devalueringene og sluttevalueringen knyttet til oppbyggingen og organiseringen av programmet i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Funnene er basert på tilbakemeldinger fra intervju og spørreundersøkelser.

Funn for den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er ikke vurdert opp mot hverandre. Tjenestene har ulike forutsetninger og grad av deltakelse fordi deltakelse i programmet er et krav i spesialisthelsetjenesten, men frivillig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### 4.2 Funn fra intervju og spørreundersøkelser

#### 4.2.1 Organisering og forankring av programmet i helseforetakene og kommunene

##### 4.2.1.1 Organisering

På et overordnet nivå har organiseringen av programmet i spesialisthelsetjenesten vært den samme gjennom hele programperioden. Hvert regionalt helseforetak har hatt en regional programleder, og hvert helseforetak har hatt en lokal programleder. Dette har vært styrings- og rapporteringslinjen mellom styringsgruppen og helseforetakene, og kommunikasjonslinjen mellom sekretariatet og helseforetakene. Internt i hvert helseforetak har det vært forskjellige måter å organisere pasientsikkerhetsprogrammet på. Respondenter fra enkelte helseforetak opplyser at de har organisert det lokale/regionale arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet på samme måte som det nasjonale programmet. I Helse Vest har man for eksempel en regional styringsgruppe for arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. I styringsgruppen sitter de administrerende direktørene for helseforetakene i Helse Vest sammen med tillitsvalgte, representanter for brukerutvalg og representanter for ledergrupper i helseforetakene.

I 2016 var det en oppfatning at regionale og lokale programledere var et godt tiltak for å spre programmet, men at det var avgjørende at programlederne var aktive, og etterspurte og hentet inn resultater. Det ble videre gitt tilbakemelding om at samarbeidet med programlederne kunne forbedres da det var for få møtepunkter mellom lokale programledere, og at samarbeidet mellom de ulike lokale programlederne innenfor et RHF noen ganger kunne oppleves som konkurransepreget. Grunnen til at samarbeidet opplevdes som konkurransepreget var at det skulle rapporteres på progresjon, noe som førte til at det ble fokusert på hvem som hadde fått til hva, og til forsøk på å overbevise hva man hadde fått til. I tillegg ble det sett på som en utfordring for eierskapet til pasientsikkerhetsprogrammet at

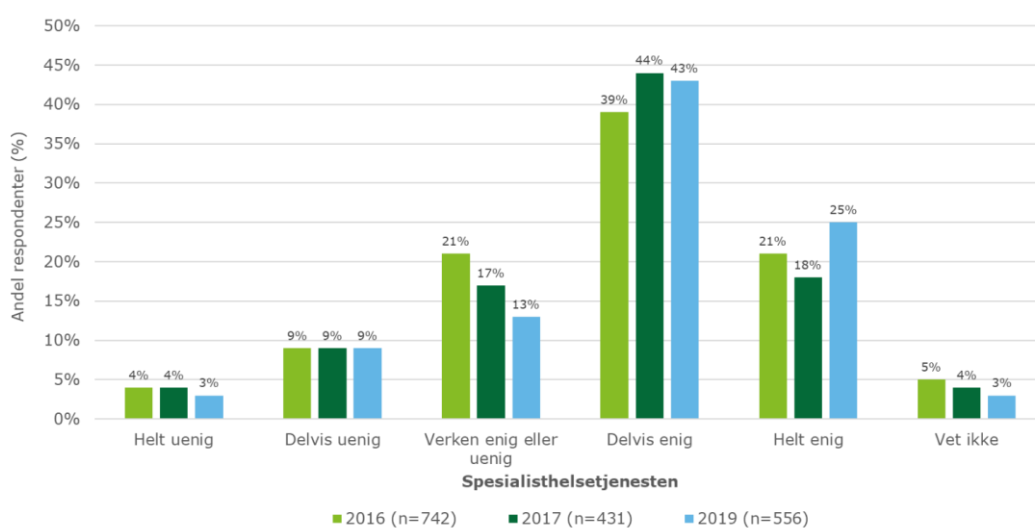
programmet henvendte seg til avdelinger for kvalitet og pasientsikkerhet, snarere enn direkte til klinikkene.

Organiseringen i kommunene var i stor grad basert på deltakelse i læringsnettverk og etablering av lokale forbedringsteam. I 2016 var det kun Tønsberg som var pilot for pasient- og brukersikker kommune. Tønsberg ble med som pilot fordi kommunen allerede hadde startet lokalt arbeid for å forbedre pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid. Ved å delta i pasientsikkerhetsprogrammet kunne kommunen dra nytte av kunnskap og forskning som pasientsikkerhetsprogrammet tilførte.

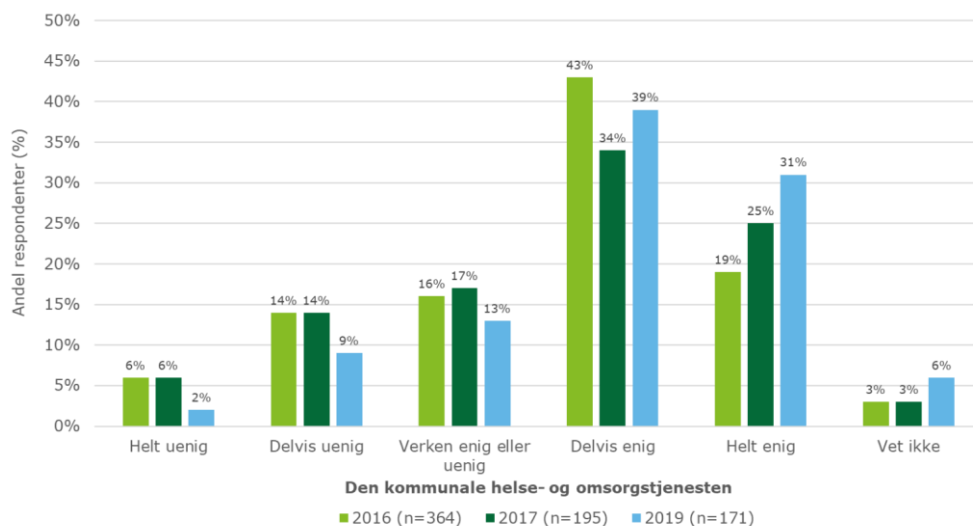
Følgeevalueringen i 2017 viste at programmet hadde samme struktur som i 2016. En del respondenter ønsket mer støtte fra lokale og regionale programledere på hvordan man kunne organisere og arbeide med programmet lokalt. Dette bunnet i at programmet hadde eksistert en god stund, og at respondentene opplevde at mye av arbeidet som ble gjort lokalt fortsatt var avhengig av ildsjeler. Helse Vest fremhevet at deres speiling av den nasjonale strukturen hadde vært viktig for deres lokale arbeid med pasientsikkerhet. Det førte til at programmet i større grad ble forankret på ulike ledernivå og i mindre grad baserte seg enkeltpersoners engasjement.

I løpet av evalueringsperioden har vi spurt om hvorvidt respondentene er enige i at arbeidet med pasientsikkerhetsarbeidet har vært organisert på en hensiktsmessig måte.

### **«Arbeidet med pasientsikkerhet ble organisert på en hensiktsmessig måte i min enhet»**



Figur 16. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spesialisthelsetjenesten for spørsmålet «Arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet er organisert på en hensiktsmessig måte i min enhet/virksomhet». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.



Figur 17. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for den kommunale helse- og omsorgstjenesten for spørsmålet «Arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet er organisert på en hensiktsmessig måte i min enhet/virksomhet». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

I spesialisthelsetjenesten er 68 prosent av respondentene helt eller delvis enig i at arbeidet med pasientsikkerhet er hensiktsmessig organisert i egen enhet (figur 16). Nivå 2 (klinikksjefer/klinikkdirektører) er mest fornøyd med organiseringen i egen enhet. 86 prosent av respondentene på nivå 2 svarer at arbeidet med pasientsikkerhet er organisert på en hensiktsmessig måte. På de resterende nivåene (nivå 3, 4 og 5) er rundt 60–70 prosent helt eller delvis enige i at arbeidet med pasientsikkerhet er organisert på en hensiktsmessig måte.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er 70 prosent av respondentene helt eller delvis enige i at arbeidet med pasientsikkerhet er hensiktsmessig organisert i egen enhet (figur 17). Også her er det en økning på om lag 10 prosentpoeng sammenlignet med de tidligere evalueringene.

Sluttevalueringsintervjuene med respondenter i spesialisthelsetjenesten understøtter at respondentene i stor grad er fornøyd med organiseringen av pasientsikkerhetsarbeidet i egne enheter. I de tilfellene hvor intervjuerespondenter tidligere var kritiske til organiseringen har det nå blitt større aksept for hvordan programmet er organisert, og at denne organiseringen er hensiktsmessig for å arbeide mer systematisk med pasientsikkerhet. Det at pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden har henvendt seg til avdelinger for kvalitet og pasientsikkerhet har, ifølge enkelte respondenter, ført til kortere vei til beslutninger og bidratt til at pasientsikkerhetstiltak spres i hele helseforetaket. En ulempe med måten programmet har vært organisert på i helseforetakene har vært at det kan skape dårligere forankring i linjen ved at programmet havner på utsiden av linjeorganisasjonen. Flere respondenter løfter frem viktigheten av å ha koordinatører i helseforetakene for å sikre at

programmet blir godt organisert i linjen. Regionale og lokale programledere har blitt nevnt som viktige roller for det videre arbeidet med pasientsikkerhetsarbeid i helseforetakene.

Respondentene fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever at frivillighet er den største ulempen for organiseringen av programmet. Større krav til f.eks. involvering av kommuneledelsen kunne ha ført til at pasientsikkerhetsprogrammet ble prioritert i større grad. Erfaringer fra hvordan Tønsberg kommune har jobbet med pasientsikkerhet understøtter viktigheten av at kommuneledelsen er involvert. Tønsberg opplever at programmet har vært godt forankret i hele kommunen, fra bystyret og ned til helsetjenestene. Egen opplæring for politikere i kvalitetsindikatorer har vært et sentralt virkemiddel for å sette pasientsikkerhetsarbeid på agendaen i kommunen. Politikerne går igjennom kvalitetsindikatorerne flere ganger i året, og i tillegg er pasientsikkerhet gjenspeilet i Tønsberg kommunes strategi og kompetanseplan.

#### **4.2.1.2 Forankring**

Med forankring mener vi i hvilken grad helseforetak og ulike faggrupper har fått eierskap til programmet.

I 2016 var det en bred oppfatning hos respondentene at pasientsikkerhetsprogrammet hadde ulik grad av forankring hos ulike faggrupper. Det ble spesielt trukket frem at programmet var mer kjent og forankret hos sykepleiere enn hos leger. Ifølge respondentene var grunnen at innsatsområdene var pleierettet og ikke henvendte seg direkte til legene. En anbefaling for å involvere leger i større grad var å henvende seg til fagdirektør i helseforetakene, siden fagdirektør kunne være en viktig ambassadør mot legene.

Respondentene anbefalte også sterkere forankring i ledelsen (både i kommuneledelsen og spesialisthelsetjenesten). For eksempel kunne ledere følge opp systematisk pasientsikkerhetsarbeid ved å etterspørre målinger og resultater. En gjennomgående tilbakemelding for spesialisthelsetjenesten i 2016 var at forankringen var bedre hos ledere som hadde tro på denne arbeidsmåten (f.eks. forbedringsarbeid, bruk av tiltakspakker etc.). Respondentene understreket likevel at selv om administrerende direktør kommuniserte viktigheten av å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet så ville dette ikke nødvendigvis gjennomsyre hele helseforetaket.

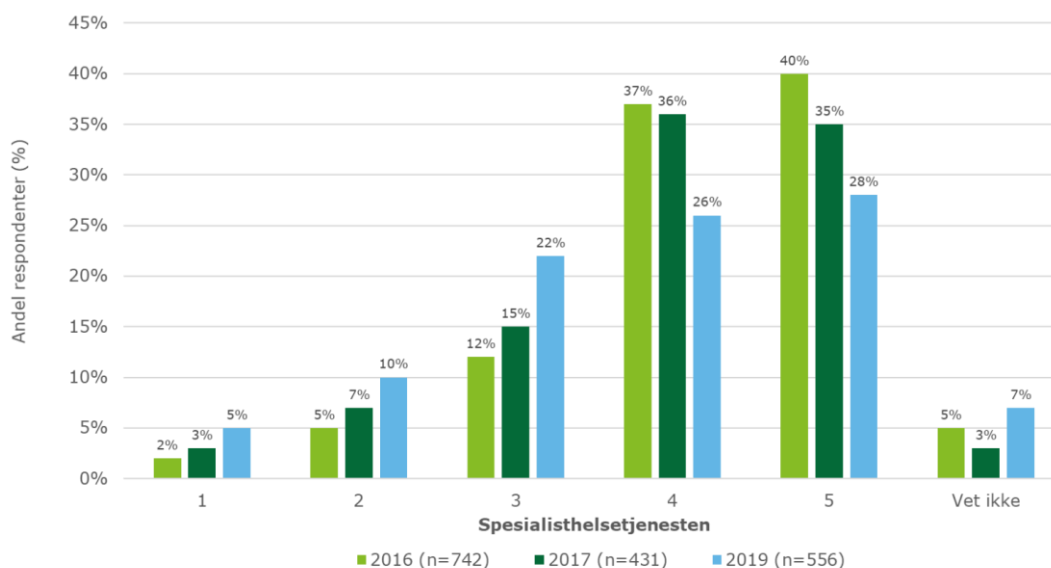
Tønsberg kommune vektla allerede i 2016 viktigheten av lederforankring for arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Forankring hos rådmann og kommunalsjef ble presentert som essensielt, og videre at pasientsikkerhet inkluderes i kommunens lovverk for å sikre nødvendig forankring.

I 2017 var det fortsatt enighet om at pasientsikkerhetsprogrammet var bedre forankret hos sykepleiere enn leger. Et innspill var at engasjerte leger i større grad måtte involveres i

arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Det ble fortsatt kommunisert et behov for bedre lederforankring, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, noe som også ble sett på som et viktig ledd i en større kulturendring i retning av bedre pasientsikkerhetsarbeid.

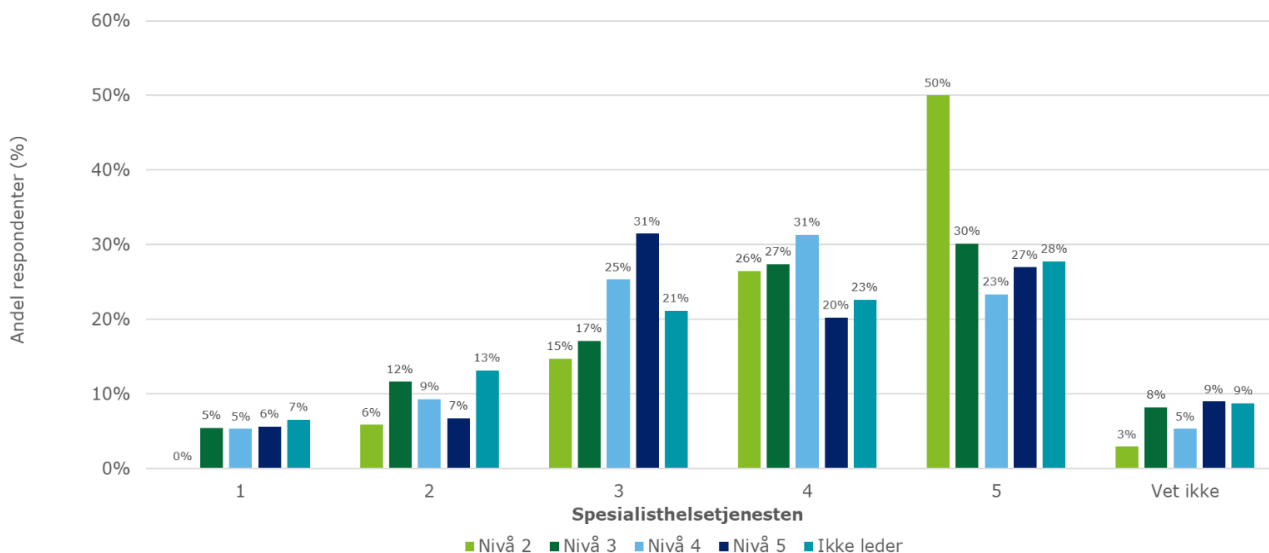
I følgeevalueringen har vi stilt spørsmål til både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten om i hvilken grad de opplever at pasientsikkerhetsprogrammet har vært forankret hos ledelsen i helseforetaket/virksomheten. I devaluering 1 og 2 var spørsmålet for spesialisthelsetjenesten formulert som «i hvilken grad opplever du at pasientsikkerhetsprogrammet er forankret hos ledelsen i ditt helseforetak?». I sluttevalueringen ble spørsmålet endret til «I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos din nærmeste leder?» da respondentene kunne tolke «ledelsen i ditt helseforetak» forskjellig, alt fra toppledelsen til nærmeste leder. Med den nye formuleringen kunne svarene også kobles opp mot ulike ledernivå for å se variasjon i forankring. Samtidig gjør endringen det vanskeligere å sammenligne svarene med foregående år. Spørsmålet ble ikke endret i spørreundersøkelsen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten da vi ønsket å få svar på hvordan pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos ledelsen i en virksomhet, for eksempel på et sykehjem.

**«I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos din nærmeste leder?»**



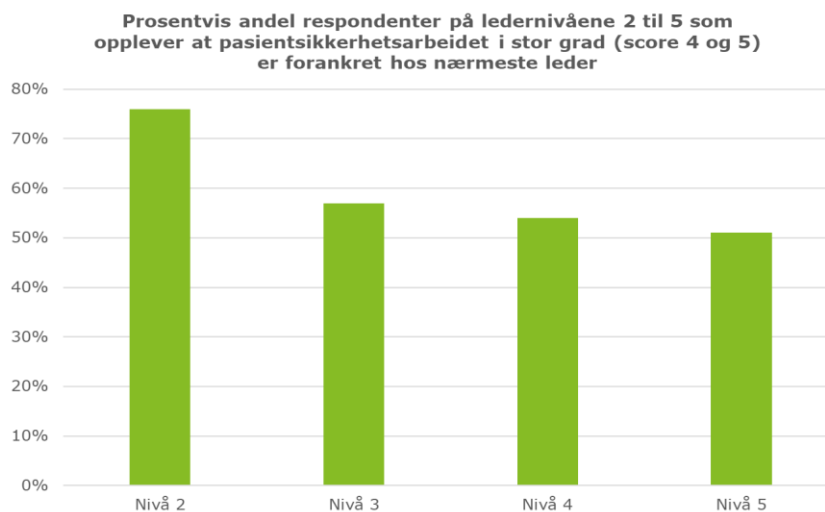
Figur 18. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter, n= 556) for spørsmålet ble i sluttevalueringen 2019 fra «I hvilken grad opplever du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos ledelsen i ditt helseforetak» til «i hvilken grad opplever du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos din nærmeste leder?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

I spesialisthelsetjenesten har det vært en nedgang i hvilken grad respondentene opplever at pasientsikkerhetsprogrammet har vært forankret hos egen leder. Gjennomsnittet i 2016 lå på 4,14. I 2019 er gjennomsnittet 3,67. En mulig årsak til nedgangen kan være endringen i spørsmålsformuleringen.



Figur 19. Frekvensfordeling (prosent av antall ansatte, n= 556) for spesialisthelsetjenesten ved spørsmålet "I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos din nærmeste leder?». Figuren viser kun svar fra spørreundersøkelsen i sluttevalueringen. Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

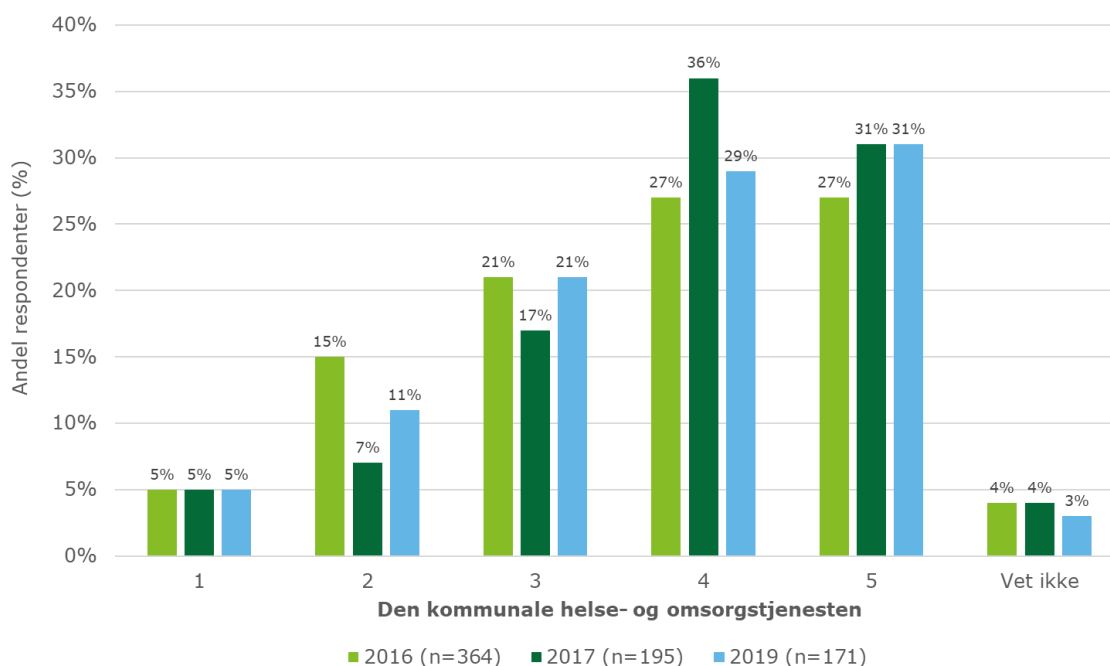
Ledere på nivå 2 (klinikksjefer/klinikkdirektører) opplever høyere grad av forankring hos nærmeste leder enn ledere på lavere nivåer, som vist i neste figur.



Figur 20. Andel respondenter på ledernivåene 2 til 5 i spesialisthelsetjenesten som opplever stor grad av forankring. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

76 prosent av respondentene på nivå 2 har svart at de i stor grad (4 og 5) opplever at pasientsikkerhetsprogrammet er forankret hos nærmeste leder. Det er nærmest å forvente at dette tallet er høyt siden nærmeste leder her tilsvarer administrerende direktør (nivå 1), som er pålagt å jobbe med pasientsikkerhetsprogrammet gjennom oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er også interessant at en av fem respondenter på nivå 2 opplever at programmet er middels eller lavt forankret på nivå 1. En mulig årsak til dette kan være mangelfull kommunikasjon rundt eller oppfølging av pasientsikkerhetsarbeidet fra ett ledernivå til neste. Vår erfaring er at ledere kontinuerlig må kommunisere, etterspørre og følge opp viktige initiativer for å sikre at disse blir fulgt opp på lavere nivå<sup>31</sup>. Et av tiltakene i handlingsplanen er å «forbedre ledelse og kultur», noe som skal øke oppmerksomheten og engasjementet rundt pasientsikkerhetsarbeidet. Her vil lederforankring på alle nivå være et naturlig element.

**«I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos ledelsen i din virksomhet?»**



Figur 21. Frekvensfordeling (prosent av antall ansatte) for spørsmålet «I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos ledelsen i din virksomhet?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever 60 prosent av respondentene at programmet er godt forankret hos ledelsen. Snittet ligger på 3,7.

<sup>31</sup> <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/en-felles-innsats-for-pasientsikkerhet>

#### **4.2.2 Koordinering mot andre initiativ**

I de tidligere devalueringene har respondenter til en viss grad opplevd at arbeid med pasientsikkerhetsprogrammet har vært ekstraarbeid. For eksempel har respondenter opplevd at det har tatt tid å finne tid til å jobbe med forbedringsarbeid og målinger. Sluttevalueringen indikerer at respondenter ikke i like stor grad som i tidligere devalueringer opplever arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet som ekstraarbeid. Flere av intervjurespondentene mener at ansatte i større grad har forstått hvordan man bør jobbe med forbedringsarbeid, og at budskapet om småskalatesting og det å starte i det små i større grad har nådd frem til respondentene. Flere respondenter trekker frem at programmet ble oppfattet som mindre overveldende i slutten av programperioden enn i starten.

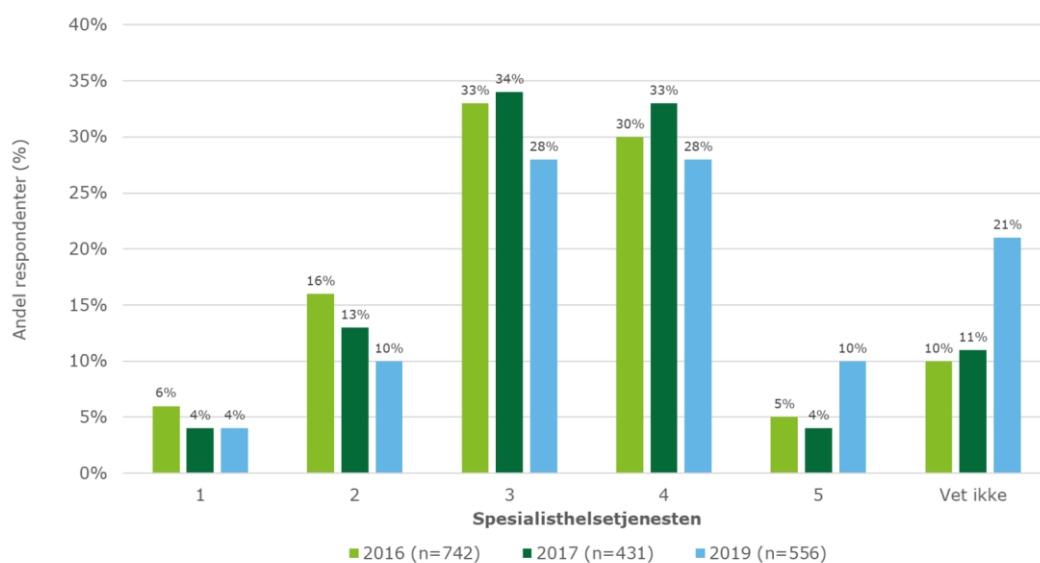
Det finnes flere initiativ for pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, for eksempel KS' gode pasientforløp og pasientsikkerhetsprogrammet. En hypotese fra Deloitte var at ulike initiativer kunne oppleves som forvirrende for ansatte i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette har ikke blitt bekreftet gjennom intervjuene. Noen respondenter opplever at gode pasientforløp og pasientsikkerhetsprogrammet utfyller hverandre ved at pasientsikkerhetsprogrammet konsentrerer seg om områder som kan føre til unødvendige pasientskader (innsatsområdene), mens hensikten med gode pasientforløp er å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester.

#### **4.2.3 Kompetanse**

Økt kompetanse i pasientsikkerhetsarbeid er en sentral komponent i målet om å bli verdens beste helse- og omsorgstjeneste. For å sikre varige strukturer er det viktig med forbedringsarbeid og kompetansespredning. To viktige arenaer for å spre kompetanse i spesialist- og kommunehelsetjenesten er læringsnettverk og forbedringsutdannelsen. 92 prosent av respondentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og 69 prosent av respondentene i spesialisthelsetjenesten har deltatt på kurs eller samlinger i regi av pasientsikkerhetsprogrammet. Videre har 93 prosent av respondentene eller kollegaer av respondentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten deltatt i læringsnettverk. I spesialisthelsetjenesten svarer respondentene at 52 prosent av deres medarbeidere har deltatt i læringsnettverk.



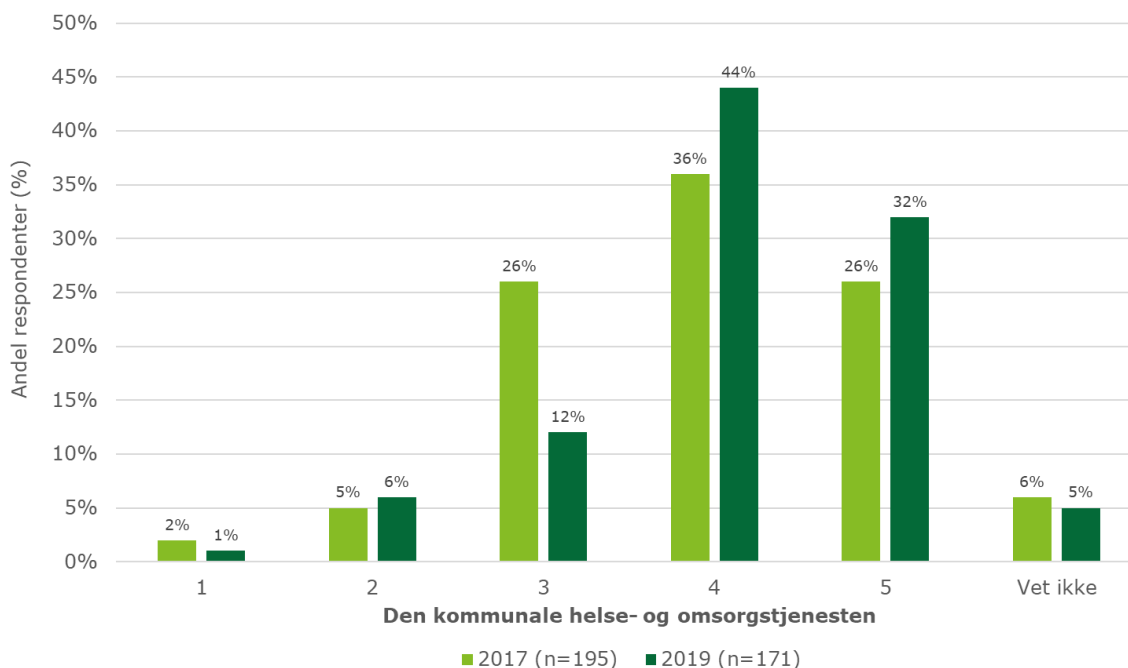
**«I hvilken grad ble lærdom fra kurs, samlinger og læringsnettverk spredt videre i din enhet?»**



Figur 22. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spørsmålet «I hvilken grad ble lærdom fra kurs, samlinger og læringsnettverk spredt videre i din enhet?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

I spesialisthelsetjenesten spurte vi i hvilken grad lærdom fra kurs, samlinger og læringsnettverk har blitt spredt videre i enheten. Gjennomsnittssvaret er 3,4, noe som har vært stabilt gjennom hele følgeevalueringen. Det er imidlertid en høy andel av respondentene som i år har svart «vet ikke». Det er uvisst hva som er bakgrunnen for dette.

**«I hvilken grad opplevde du at deltakelse på læringsnettverk, kurs eller samlinger har styrket pasientsikkerhetsarbeidet i din virksomhet?»**



Figur 23. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spørsmålet «I hvilken grad opplevde du at deltakelse på læringsnettverk, kurs eller samlinger har styrket pasientsikkerhetsarbeidet i din virksomhet». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

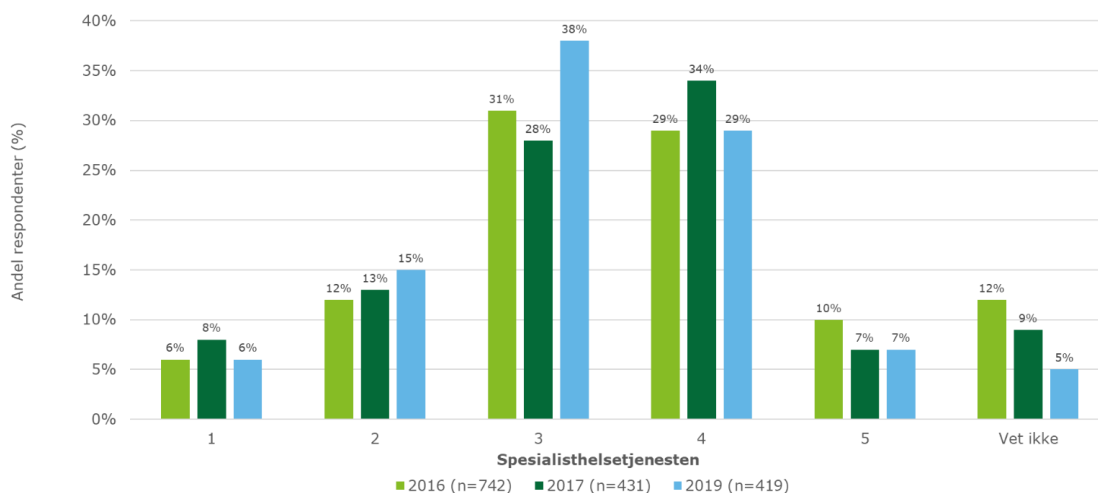
I den kommunale helse- og omsorgstjenesten spurte vi i devaluering 2 (2017) og sluttevalueringen (2019) i hvilken grad respondentene opplevde at deltakelse på læringsnettverk, kurs og samlinger hadde bidratt til å styrke pasientsikkerhetsarbeidet i deres virksomhet. 76 prosent av respondentene opplever at deltakelse på læringsnettverk, kurs og samlinger i stor eller svært stor grad har bidratt til å styrke pasientsikkerhetsarbeidet. Det er en positiv utvikling siden 2017, hvor 62 prosent svarte enten 4 eller 5.

I intervjuene fra 2016 fremkom det at det var for mange ansatte på lavt nivå (det vil si ikke ledere) som deltok på læringsnettverkene. En respondent fremhevet viktigheten av å sende team med ressurspersoner på læringsnettverk for å spre lærdommen i helseforetaket/virksomheten og gjøre det lettere å implementere tiltakspakkene på de ulike innsatsområdene. Ved også å inkludere ledere i teamet sikrer man beslutningsmyndighet og ledelsesforankring, og sannsynligheten for å motivere andre til å jobbe med innsatsområdene blir høyere. Tilbakemeldingene fra intervjuene i devaluering 2 (2017) var de samme. Det var en felles enighet om at pasientsikkerhetsprogrammet hadde en sentral rolle for ny lærdom og kunnskap, men flere respondenter var usikre på hvor mye kunnskap som ble spredt videre etter kurs, samlinger og læringsnettverk.

Samtlige av intervjurespondentene i sluttevalueringen (2019) opplever nasjonale kurs, samlinger og læringsnettverk som svært nyttige. Respondentene gir tilbakemelding på at spesielt læringsnettverkene for de forskjellige innsatsområdene har bidratt til å få tilgang til ny og oppdatert kunnskap om områder som truer pasientsikkerheten. I tillegg har slike arenaer gitt muligheten for å dele erfaringer på tvers av enheter. En refleksjon fra respondenter i spesialisthelsetjenesten er at jo flere som deltar, desto lettere blir det å etablere en kultur hvor forbedringsarbeid står sentralt.

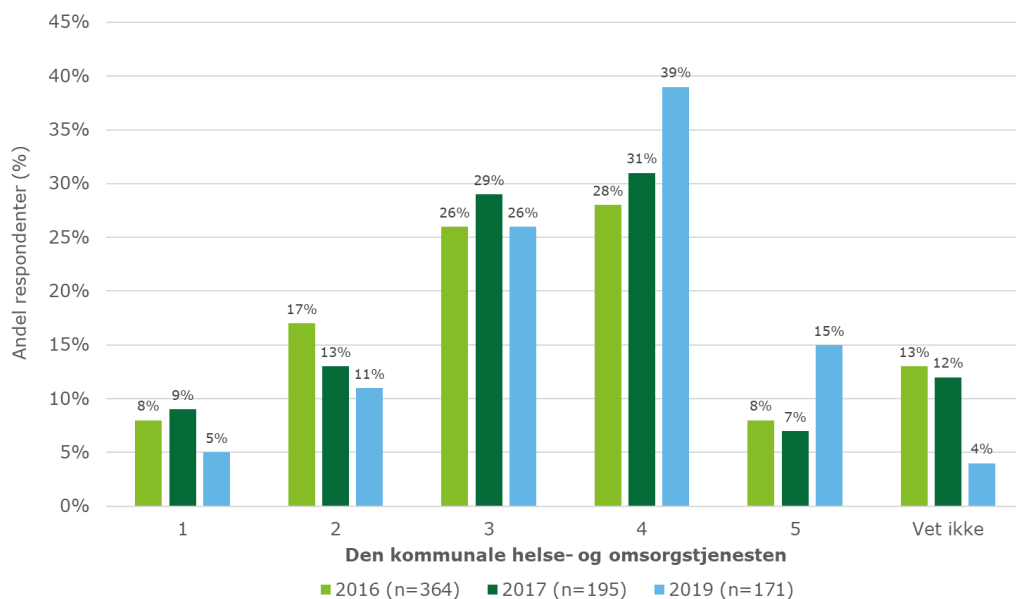
I intervjuene i sluttevalueringen har også lokale læringsnettverk og samlinger blitt trukket frem som gode tiltak. Flere respondenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten opplever at de lokale/regionale læringsnettverkene er bedre enn de nasjonale læringsnettverkene da lokale læringsnettverk bidrar til bedre erfaringsutveksling, samtidig som større eller flere team fra samme virksomhet/helseforetak har mulighet for å delta. For å få en indikasjon på i hvor stor grad medarbeidere har tilegnet seg kompetanse i systematisk forbedringsarbeid, har vi spurt lederne om dette i løpet av evalueringsperioden.

**«I hvilken grad opplever du at dine medarbeidere har opparbeidet seg kompetanse i systematisk forbedringsarbeid?»**



Figur 24. Frekvensfordeling (andel av respondenter) for spørsmålet «I hvilken grad opplever du at dine medarbeidere har opparbeidet seg kompetanse i systematisk forbedringsarbeid?». Skalaen går fra 1 (i svært

liten grad) til 5 (i svært stor grad) og inneholder kun svar fra respondenter med lederansvar Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.



Figur 25. Frekvensfordeling (andel av respondenter) for spørsmålet «I hvilken grad opplever du at dine medarbeidere har opparbeidet seg kompetanse i systematisk forbedringsarbeid?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

I spesialisthelsetjenesten er gjennomsnittsscoren 3,14. Kun 33 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen fra sluttevalueringen svarer at de opplever at egne medarbeidere har opparbeidet seg kompetanse i systematisk forbedringsarbeid i stor grad. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er gjennomsnittsscoren 3,49, med 54 prosent av respondentene som opplever at medarbeidere har opparbeidet seg kompetanse i systematisk forbedringsarbeid i høy grad. Spørsmålet ble omformulert i sluttevalueringen. I devaluering 1 (2016) og 2 (2017) var spørsmålet «I hvilken grad mener du at medarbeidere i din enhet har kompetanse til å arbeide i henhold til forbedringsmodellen som benyttes i pasientsikkerhetsprogrammet». Grunnen til at spørsmålet ble omformulert var at et spørsmål kun knyttet til forbedringsmodellen ble for snevert – forbedringsmetodikk består av mer enn kun forbedringsmodellen. Resultatene fra spørreundersøkelsen, spesielt fra spesialisthelsetjenesten, kan tyde på at det er et behov for å utvikle kompetansen i forbedringsmetodikk hos ansatte.

Den viktigste tilbakemeldingen fra devaluering 1 (2016) var at den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde behov for kompetanseheving. Flere respondenter opplevde at kompetanseheving var nødvendig for at pasientsikkerhetsprogrammet skulle lykkes i kommunesektoren. Vi fikk ikke tilsvarende tilbakemeldinger fra respondenter i spesialisthelsetjenesten.

I devaluering 2 (2017) opplevde fortsatt flere respondenter at det var behov for mer opplæring og veiledning i forbedringsmetodikk. Enkelte respondenter trakk frem viktigheten av å ha enkelte nøkkelpersoner i hvert helseforetak/virksomhet som kunne bidra med veiledning i forbedringsarbeid. Flere intervjuerespondenter opplevde det som utfordrende å jobbe med forbedringsmetodikk når de ikke forstod hvordan de skulle anvende metoden.

I sluttevalueringssintervjuene fikk vi tilbakemelding om at forbedringsmetodikk blir tatt godt imot, både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Flere respondenter fremhever at pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å synliggjøre nytten av forbedringsmetodikk og tilhørende verktøy. Ifølge noen respondenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan kulturen i virksomheten være en årsak til at forbedringsmetodikk ikke benyttes. En intervjuerespondent gir et eksempel knyttet til småskalatesting, og opplever at ansatte er vant med å sette i gang tiltak uten å forstå problemet. Respondenten sier at siden forbedringsmetodikk er et lederansvar, må ledere må få opplæring i forbedringsmetodikk for å kunne jobbe mer systematisk med forbedringsmetodikk og spre det videre i virksomheten. Forbedringstavler trekkes frem som et nyttig og hyppig brukt virkemiddel som engasjerer hele avdelinger.

#### **4.2.4 Varige strukturer for pasientsikkerhet**

Pasientsikkerhetsprogrammet har siden oppstarten hatt et mål om å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet. I første devaluering (2016) opplevde respondentene at det var for tidlig å si noe om måloppnåelse, men trakk frem at bruken av tavler (forbedringstavler, risikotavler, kvalitetstavler) og tavlemøter opplevdes som et viktig bidrag til å bygge varige strukturer for pasientsikkerhet. Det ble allerede da trukket frem at målinger burde integreres med elektroniske pasientjournalssystemer. Argumentet var at hvis målingene ikke kom inn i HF-strukturen med kontinuerlig oppfølging, var det en fare for at målingene ikke ble fulgt opp og dermed tok slutt. En annen tilbakemelding fra spesialisthelsetjenesten var at innsatsområdene, slik de er lagt opp, ikke nødvendigvis bidrar til å skape varige strukturer. En av programlederne påpekte at innsatsområdene belyste områder ansatte kunne jobbe med for å bidra til bedre pasientsikkerhet, men at sykehus og kommunene selv måtte tenke på hvordan de skulle etablere varige strukturer for pasientsikkerhet. Programlederen mente at pasientsikkerhetsprogrammet bare kunne legge til rette for varige strukturer, og ikke gjøre jobben for helseforetak og kommuner.

I devaluering 2 (2017) ble igjen målinger trukket frem som et hinder for å bygge varige strukturer: Målinger opplevdes som et økt krav til rapportering og som tidkrevende på grunn av mye manuelt arbeid. En hovedtilbakemelding var at det ikke fantes gode elektroniske verktøy for målinger. En positiv kommentar fra flere intervjuerespondenter var at de opplevde at det pågikk en kulturendring i egne enheter, både i spesialisthelsetjenesten og den

kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne kulturendringen var nødvendigvis ikke gjennomgående i hele helseforetaket eller kommunen, men respondenter ga tilbakemelding om at de opplevde at medarbeidere hadde begynt å tenke annerledes rundt pasientsikkerhet. Flere respondenter mente at ledere som motiverte og veiledet ansatte, og som gikk foran med et godt eksempel, var en viktig faktor i hvordan man kunne få til en kulturendring rundt pasientsikkerhetsarbeid.

I sluttevalueringen trekker samtlige respondenter frem at pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til en positiv kulturendring med tanke på hvordan ansatte jobber med pasientsikkerhet. Flere respondenter trekker frem at pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til en større åpenhetskultur. Avdelinger tør å være åpne om egne resultater, og selv om resultatene på enkelte områder ikke var så gode som de ansatte trodde de var, har åpenhetskulturen bidratt til at ansatte våger å snakke om feil og forbedringsområder. En respondent fra spesialisthelsetjenesten trekker frem at det var et stort steg å flytte tavlene ut i korridoren, fordi tavlene da også var synlige for pasienter og pårørende. Pasientsikkerhetsprogrammet har ifølge flere respondenter fungert godt som merkevare. Det har gjennom programperioden vært lett å kommunisere til ansatte hvorfor man skal jobbe med dette området, og programmet har bidratt til en opplevelse av å jobbe med noe viktig. Det å arbeide med fag på en systematisk måte skaper bedre prosesser.

# 5 Prosesser og arbeidsmåter

## 5.1 Definisjon og avgrensing

Kapitlet presenterer funn fra følgeevalueringen knyttet til prosesser og arbeidsmåter i helseforetakene og kommunene. I dette inngår spørsmål knyttet til hvilke innsatsområder det har vært arbeidet med og hvordan man har arbeidet med dem. Kapitlet sier noe om spredningen av programmet, hvordan tiltakspakkene har fungert ute i tjenestene og hvordan ansatte på et operativt nivå har opplevd å jobbe med pasientsikkerhetsprogrammet i hverdagen.

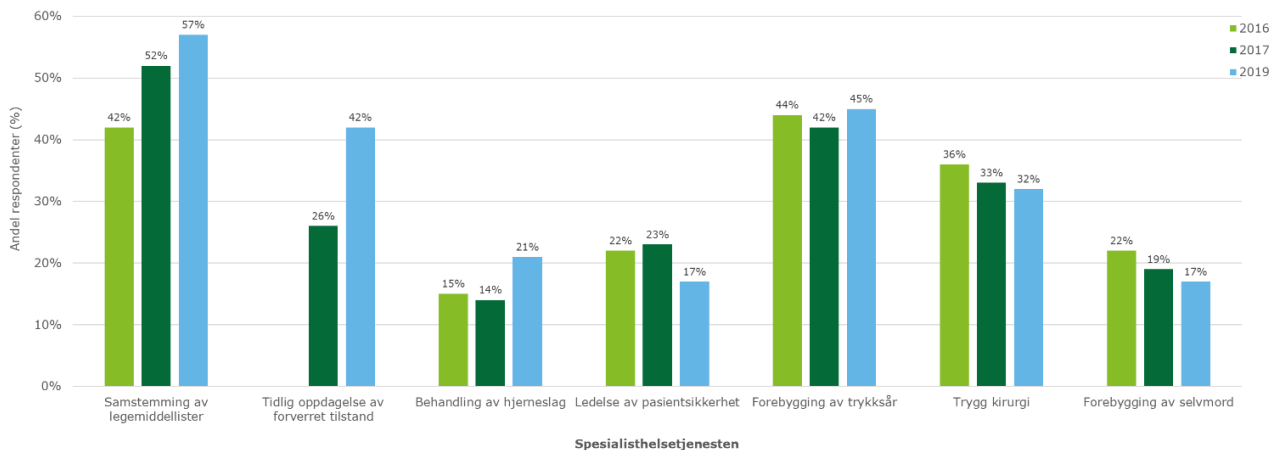
## 5.2 Funn fra intervju og spørreundersøkelse

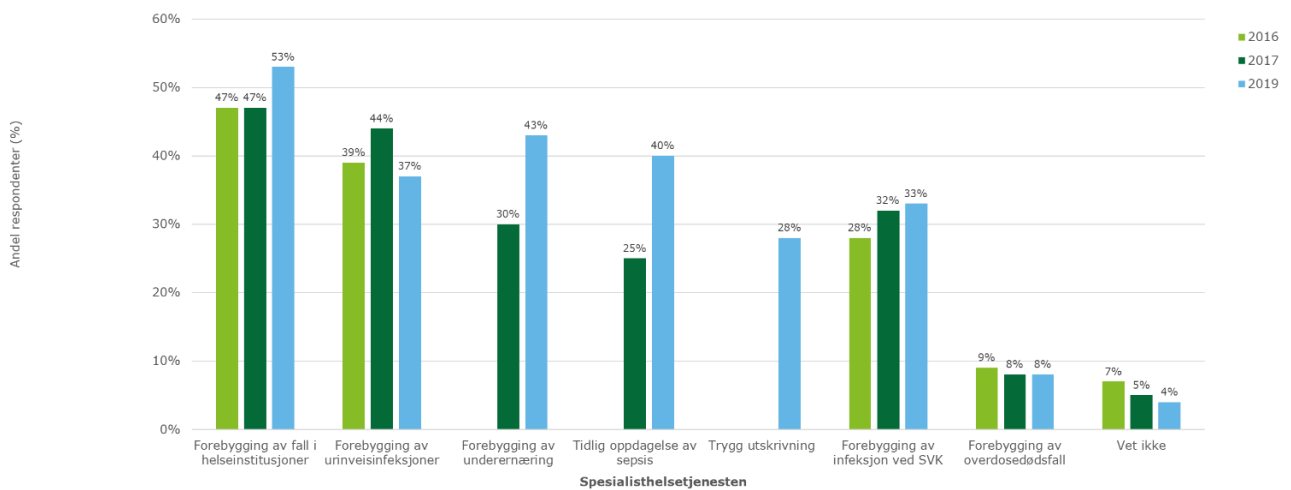
### 5.2.1 Hvilke innsatsområder arbeides det med?

I 2016 fantes det totalt 12 innsatsområder. Siden 2016 har antallet innsatsområder økt til 16.

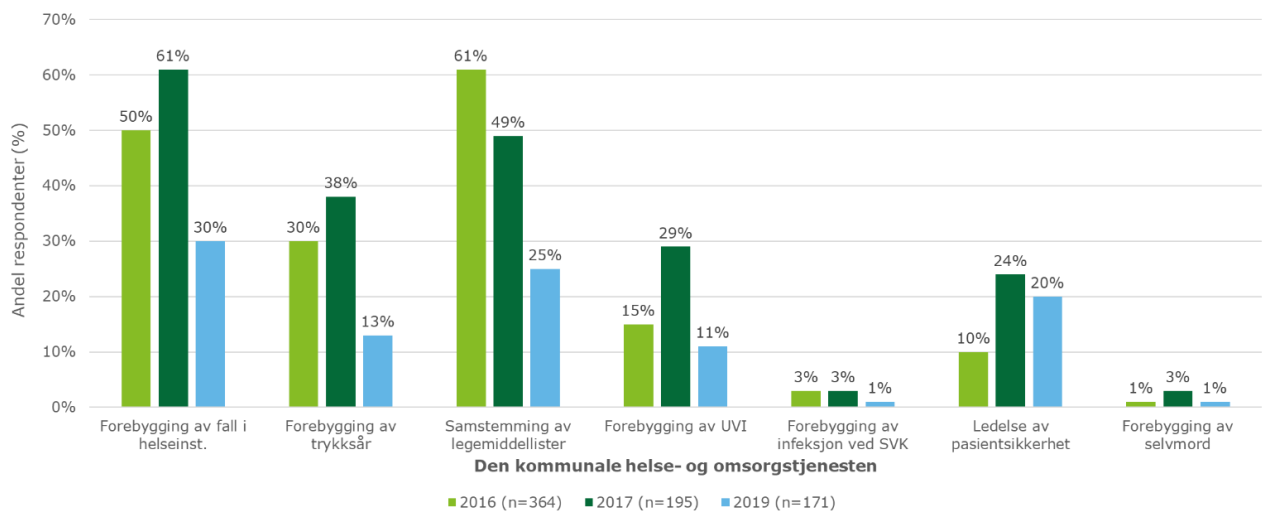
Grafene nedenfor viser andelen respondenter for hele følgeevalueringsperioden for hhv. spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten som svarer bekræftende på at de har jobbet med det aktuelle innsatsområdet.

#### «Hvilke innsatsområder arbeides det med i din enhet?»

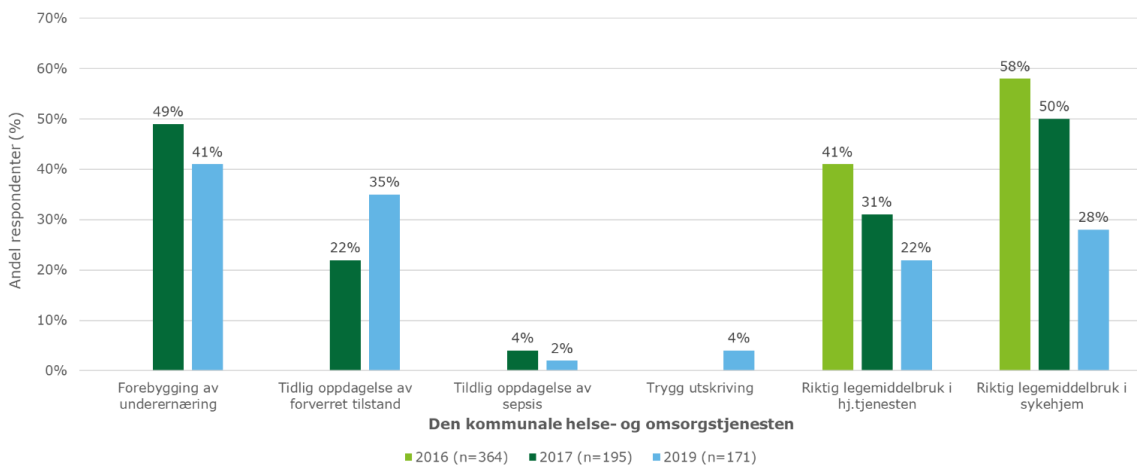




Figur 26. Andelen av respondenter for spesialisthelsetjenesten som svarer bekreftende på at de jobber med det aktuelle innsatsområdet. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.







Figur 27. Andelen av respondenter for den kommunale helse- og omsorgstjenesten som svarer bekreftende på at de jobber med innsatsområdene spesifisert. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte egen fremstilling.

I spesialisthelsetjenesten viser grafen at respondentene jobber med innsatsområdene i middels til stor grad. Enkelte innsatsområder har en liten nedgang, men denne er ikke betydelig. Samtlige av innsatsområdene som var nye ved forrige devaluering (2017) har hatt en positiv utvikling (innsatsområdene «forebygging av underernæring», «tidlig oppdagelse av sepsis» og «tidlig oppdagelse av forverret tilstand»).

Det har gjennom følgeevalueringen vært vanskelig å sammenligne resultatene fra spørreundersøkelsene med helseforetakenes egenrapportering i fargekartene. En årsak til dette er at fargekartene benyttes forskjellig i de ulike helseforetakene, bl.a. med hensyn til hvordan helseforetakene definerer at et innsatsområde er implementert eller ikke.

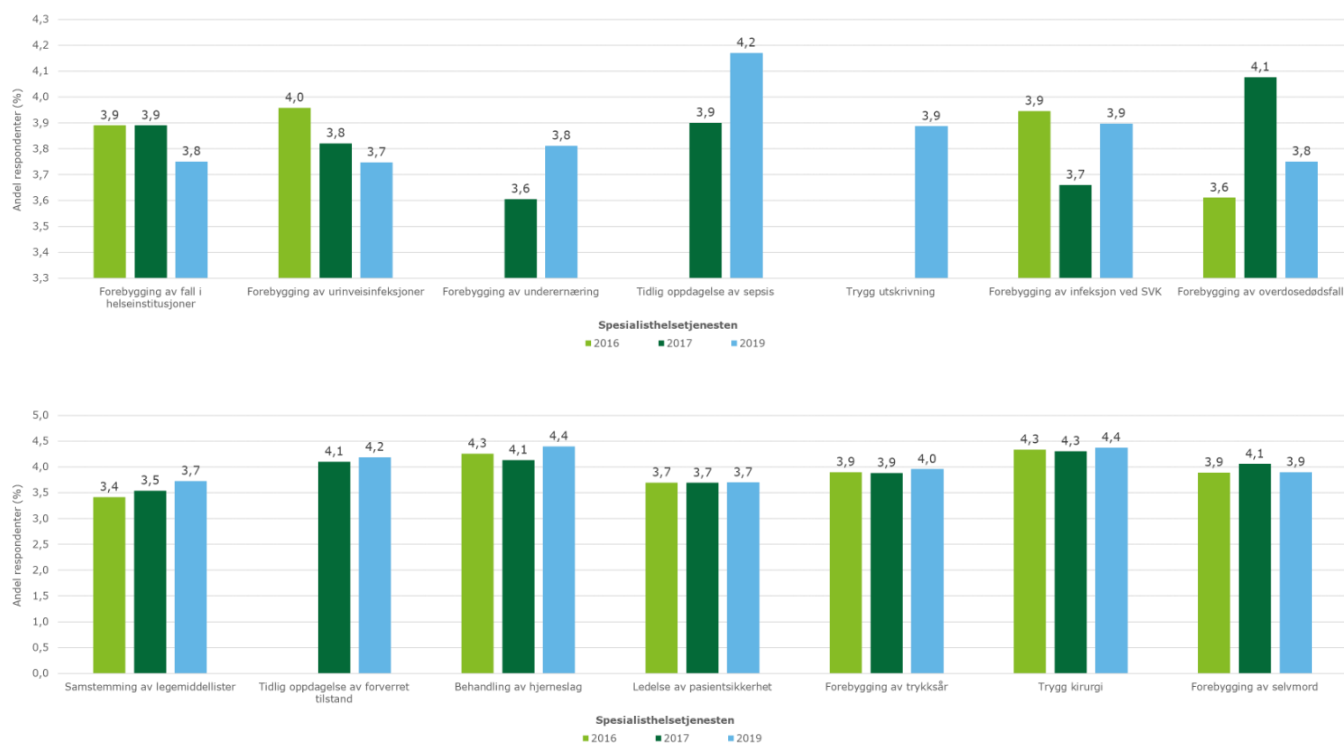
I 2016 så det ut som at den kommunale helse- og omsorgstjenesten konsentrerte seg om fire innsatsområder («samstemming av legemiddellister», «riktig legemiddelbruk i sykehjem», «forebygging av fall» og «riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten»). Devalueringen i 2017 viste en moderat nedgang i antall respondenter som bekreftet at de jobbet med disse områdene. «Forebygging av trykksår» og «forebygging av urinveisinfeksjoner» hadde en økning, samt at det nye innsatsområdet siden devaluering 1 i 2016, «forebygging av underernæring», var et av innsatsområdene som respondentene jobbet mest med. Ser man på utviklingen gjennom hele følgeevalueringen har respondentene svart at det har vært en nedgang i hvor mye det arbeides med innsatsområdene (med unntak av «tidlig oppdagelse av forverret tilstand»). Deloitte har ingen informasjon som kan forklare hva nedgangen skyldes.

Som nevnt i kapittel 3.2.4 viser følgeevalueringen, med hovedvekt på intervjuene som er gjennomført, at innsatsområdene oppleves som nyttige av respondentene. Dette bekreftes til dels også gjennom spørreundersøkelsen. Det har vært en liten nedgang i andelen respondenter som svarer bekreftende at de arbeider med det spesifikke innsatsområdet, men

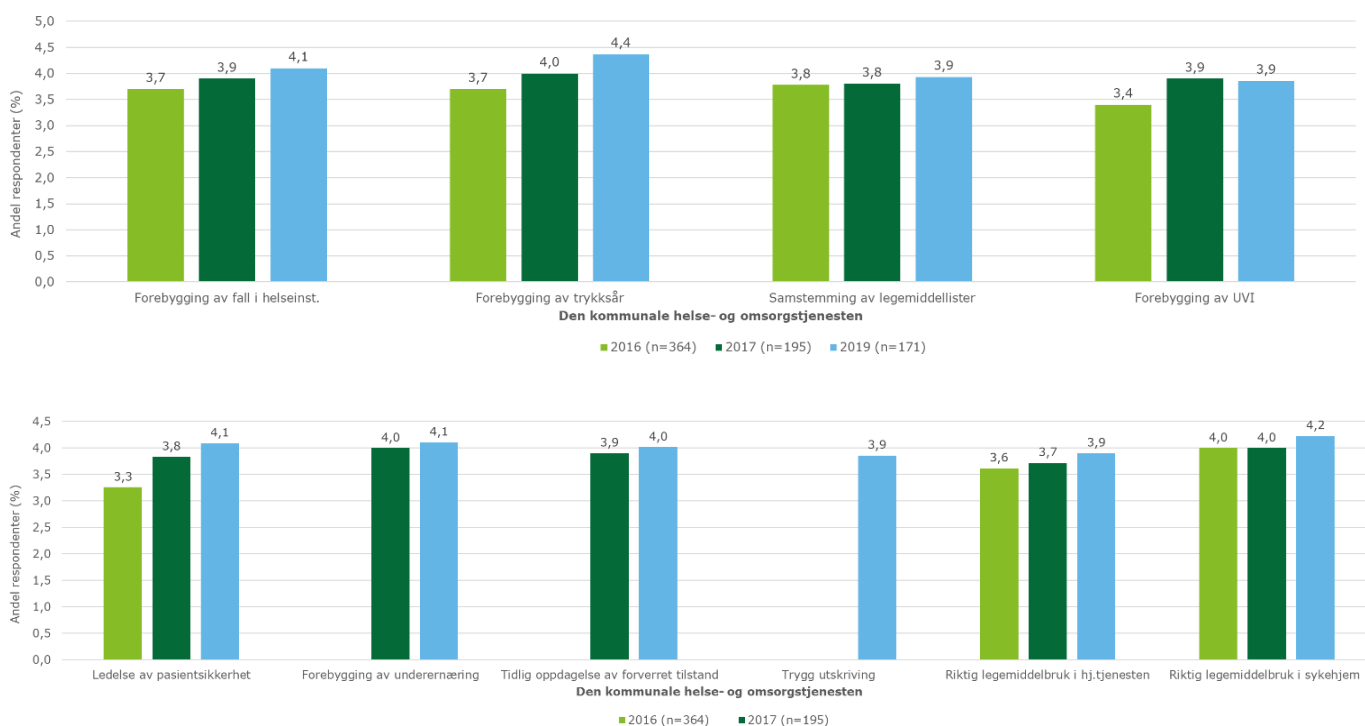
andelen er fortsatt relativt høy. Intervjuene indikerer en positiv utvikling rundt innsatsområder og tiltakspakker på den måten at flere har forstått nytten av å jobbe med innsatsområdene. Vi har ikke mottatt noen negative tilbakemeldinger i sluttevalueringen på at tiltakspakkene er spisset mot spesialisthelsetjenesten, men respondenter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever at tiltakspakkene fortsatt har et «institusjonspreg», noe som gjør det lettere å implementere dem på sykehjem enn i hjemmetjenesten.

Flere av respondentene fra sluttevalueringen, både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, gir tilbakemelding om at de ønsker å jobbe videre med innsatsområdene da de opplever at de har fått en god start, men ikke er ferdige med arbeidet. Respondentene som mener at innsatsområdene fortsatt bør være et prioritert område trekker frem at det blir viktig at noen på nasjonalt nivå tar ansvar for å oppdatere tiltakspakkene.

## «Hvordan fungerte tiltakspakkene innenfor innsatsområdene?»



Figur 28. Grafen gir en oversikt over hvor godt respondentene i spesialisthelsetjenesten opplever at tiltakspakkene fungerer for nevnte innsatsområde, uttrykt som gjennomsnittlig score på en skala 1-5. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.



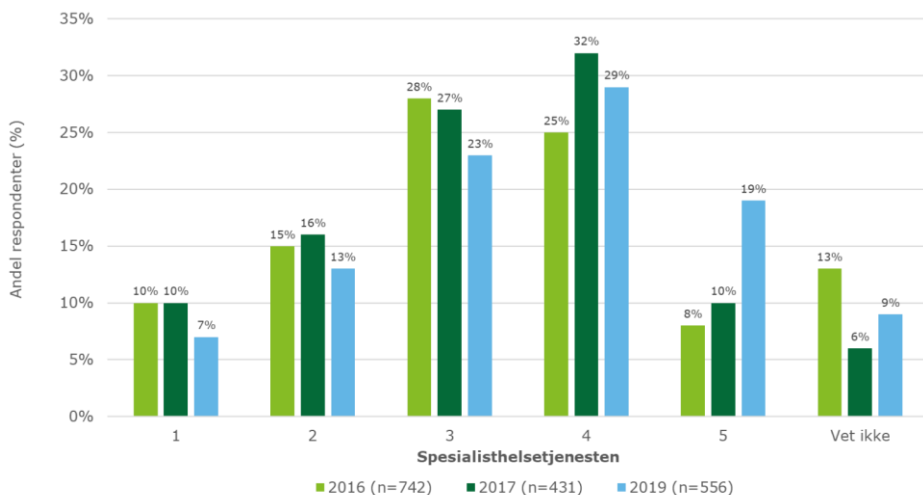
Figur 29. Grafen gir en oversikt over hvor godt respondentene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever at tiltakspakkene fungerer for nevnte innsatsområde, uttrykt som gjennomsnittlig score på en skala 1-5. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

Ser man på spørsmålet om hvordan respondentene vurderer tiltakspakkene, så har gjennomsnittsscoren vært jevn gjennom hele følgeevalueringsperioden. I sluttevalueringen for spesialisthelsetjenesten er den laveste gjennomsnittsscoren 3,7 (for «forebygging av urinveisinfeksjoner», «ledelse av pasientsikkerhet» «samstemming av legemiddellister»). Gjennomsnittsscoren gir en indikasjon på at respondentene opplever at tiltakspakkene til innsatsområdene de jobber med fungerer bra.

### 5.2.2 Hvordan arbeides det med innsatsområdene?

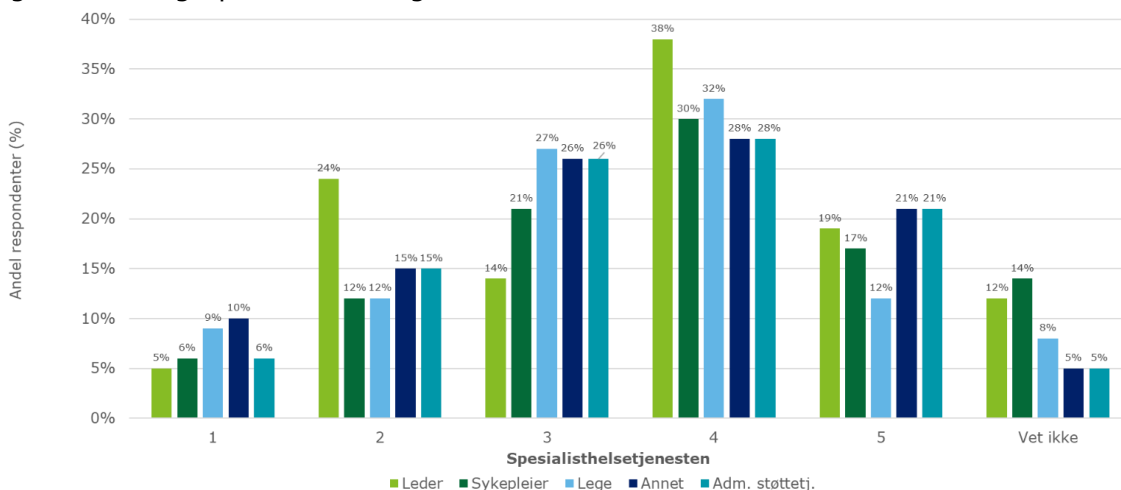
Gjennom følgeevalueringsperioden har det også blitt spurt om i hvilken grad respondentene opplever at forbedringsarbeid har blitt benyttet som grunnlag for forbedring av pasientsikkerheten i avdelingen. Spørsmålet var i devaluering 1 (2016) og 2 (2017) kun knyttet til forbedringsmodellen, men ble i sluttevalueringen omformulert for å inkludere forbedringsmetodikk som helhet. Resultatene er likevel satt sammen i én graf (figur 30).

**«I hvilken grad benyttet dere forbedringsmetodikk som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?»**



Figur 30. Frekvensfordeling (prosent av antall ansatte) for spørsmålet «I hvilken grad benyttet dere forbedringsmetodikk som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?». I devaluering 1 og 2 var spørsmålet formulert som «I hvilken grad benyttet dere forbedringsmodellen som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

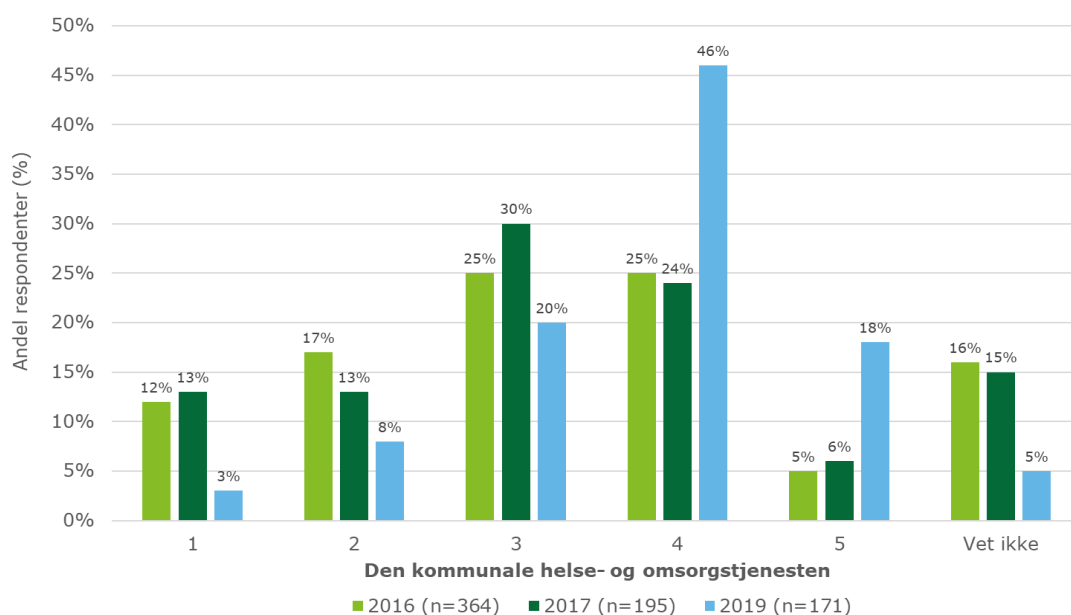
Gjennomsnittsscoren er 3,5 for spesialisthelsetjenesten. Majoriteten av respondentene ligger på 3 og 4, men det har vært en stor økning i antall respondenter som i svært høy grad opplever at forbedringsmetodikk legges til grunn for forbedring av pasientsikkerhet. Dette kan skyldes at spørsmålet ble omformulert fra å omhandle «forbedringsmodellen» til det mer generelle begrepet «forbedringsmetodikk».



Figur 31. Frekvensfordeling (prosent av antall ansatte, n=556) for spørsmålet «I hvilken grad benyttet dere forbedringsmetodikk som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?» fordelt mellom faggrupper. Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (

Figur 31 gir en oversikt over det samme spørsmålet, fordelt på ulike faggrupper i spesialisthelsetjenesten ved sluttevalueringen 2019. Ledere opplever i større grad at forbedringsmetodikk legges til grunn i arbeid med pasientsikkerhet (57 prosent av respondentene som er ledere har svart 4 eller 5). Videre svarer 44 prosent av legene og 47 prosent av sykepleierne at forbedringsmetodikk legges til grunn i pasientsikkerhetsarbeid i høy grad. 49 prosent av respondenter som tilhører administrasjonen svarer at forbedringsmetodikk blir lagt til grunn i pasientsikkerhetsarbeid. Annet-kategorien dekker bl.a. farmasøyter, fysioterapeuter, bioingeniører og vernepleiere. Av disse mener 49 prosent at forbedringsmetodikk i stor grad blir lagt til grunn i pasientsikkerhetsarbeid.

For den kommunale helse- og omsorgstjenesten (figur 29) er gjennomsnittsscoren 3,7, en økning fra 2,92 i første devaluering. Respondenter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever i høy grad at de legger til grunn forbedringsmetodikk når de jobber med pasientsikkerhet i sine enheter. Antall respondenter som har svart 4 og 5 har hatt en stor økning i sluttevalueringen

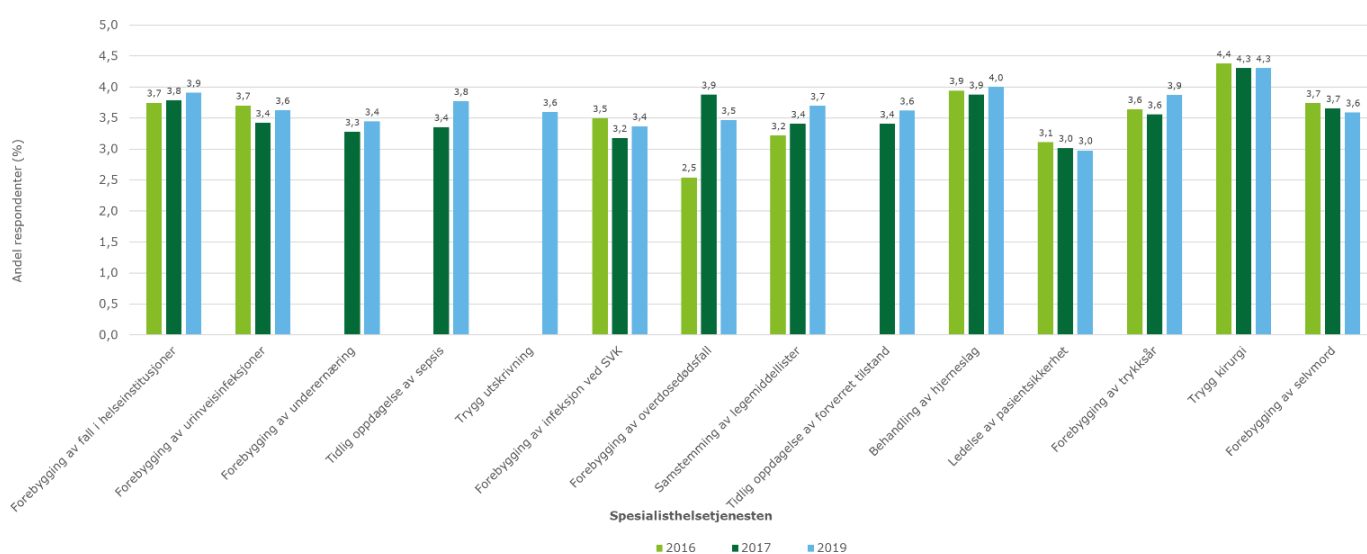


Figur 32. Frekvensfordeling (prosent av antall ansatte) for spørsmålet «I hvilken grad benyttet dere forbedringsmetodikk som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?». Spørsmålet var formulert som «I hvilken grad benyttet dere forbedringsmodellen som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?» i devaluering 1 og 2. Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloitte's egen fremstilling.

### 5.2.3 Måling og rapportering

Målinger er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med forbedringstiltak<sup>32</sup>. For å vite om en endring fører til forbedring, er det avgjørende at det måles før, under og etter at forbedringstiltakene er iverksatt. Gjennom følgeevalueringsperioden har det blitt stilt spørsmål om i hvilken grad respondentene gjennomfører målingene på de innsatsområdene de arbeider med. Grafen under viser svarfordelingen etter innsatsområde for respondenter i spesialisthelsetjenesten.

#### «I hvilken grad gjennomføres det målinger på innsatsområdene det arbeides med i din enhet?»

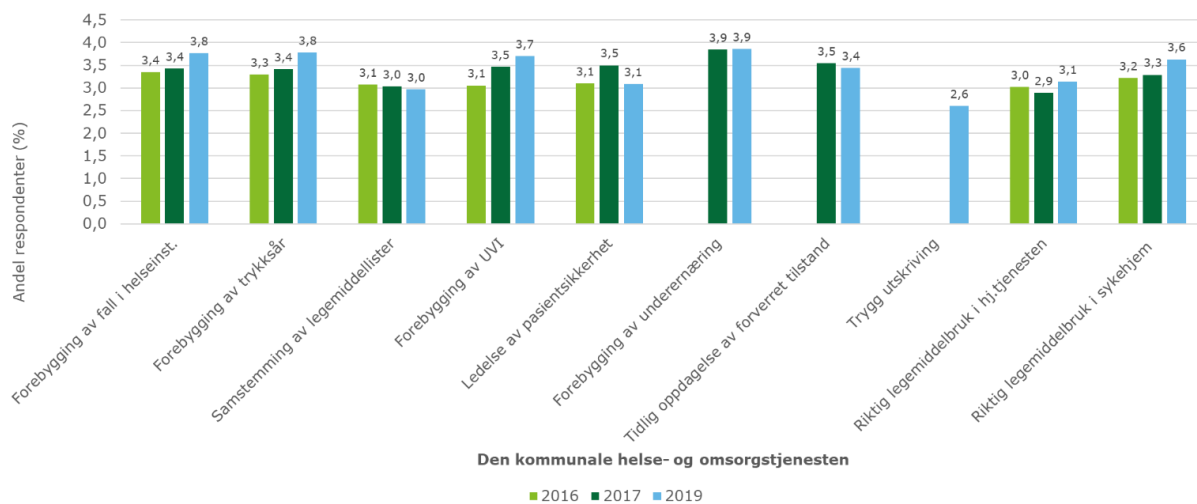


Figur 33. Oversikt over i hvilken grad det gjennomføres målinger på innsatsområdene det arbeides med i respondentens enhet, uttrykt som gjennomsnittlig score på en skala 1 – 5. «vet ikke» og «ikke aktuelt» er ekskludert fra analysen. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

Det er «forebygging av overdosedødsfall» som har hatt størst positiv utvikling, fra en gjennomsnittsscore på 2,5 i 2016 til en gjennomsnittsscore på 3,5 ved sluttevalueringen. Det er på innsatsområdene «behandling av hjerneslag» og «trygg kirurgi» at respondentene opplever det måles mest.

<sup>32</sup> <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/målinger/målinger-i-forbedringsarbeid>

**«I hvilken grad gjennomføres det målinger på innsatsområdene det arbeides med i din enhet?»**



Figur 34. Oversikt over i hvilken grad det gjennomføres målinger på innsatsområdene det arbeides med i respondentens virksomhet, uttrykt som gjennomsnittlig score på en skala 1 – 5. «vet ikke» og «ikke aktuelt» er ekskludert fra analysen. Kilde: Questback spørreundersøkelse, Deloittes egen fremstilling.

Som figuren over viser, opplever respondenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten at det måles i moderat grad. «Trygg utskriving» har den laveste gjennomsnittsscoren for i hvilken grad respondentene opplever at målinger gjennomføres, men dette er også et nytt innsatsområde siden devaluering 2 (2017). Grunnen til at gjennomsnittsscoren er lav på «trygg utskriving» kan være at det tar tid å bli kjent med tiltakspakkene og hvordan man skal gjennomføre målinger. «Forebygging av underernæring» er det innsatsområdet respondentene opplever at det måles mest på, og scoren har holdt seg stabil siden forrige devaluering.

I devaluering 1 (2016) ble det avdekket følgende utfordringer knyttet til målinger:

- Målinger var en ny og uvant måte å jobbe på
- Verktøyet for målingene (Extranet) var lite funksjonelt
- Måling av kvalitet i helse- og forbedringsarbeid var komplekst
- Nye prosesser og arbeidsmåter var tidkrevende

I devaluering 2 (2017) var tilbakemeldingene de samme som i 2016, og utfordringene kunne knyttes til de samme punktene. Det ble trukket frem at ansatte hadde behov for mer opplæring og bedre kompetanse på hvordan man gjennomfører målinger. I tillegg var det mye frustrasjon rundt bruken av Extranet. Det trengtes opplæring og veiledning fordi det var komplisert å finne gode indikatorer på kvalitet og gjøre korrekte målinger.

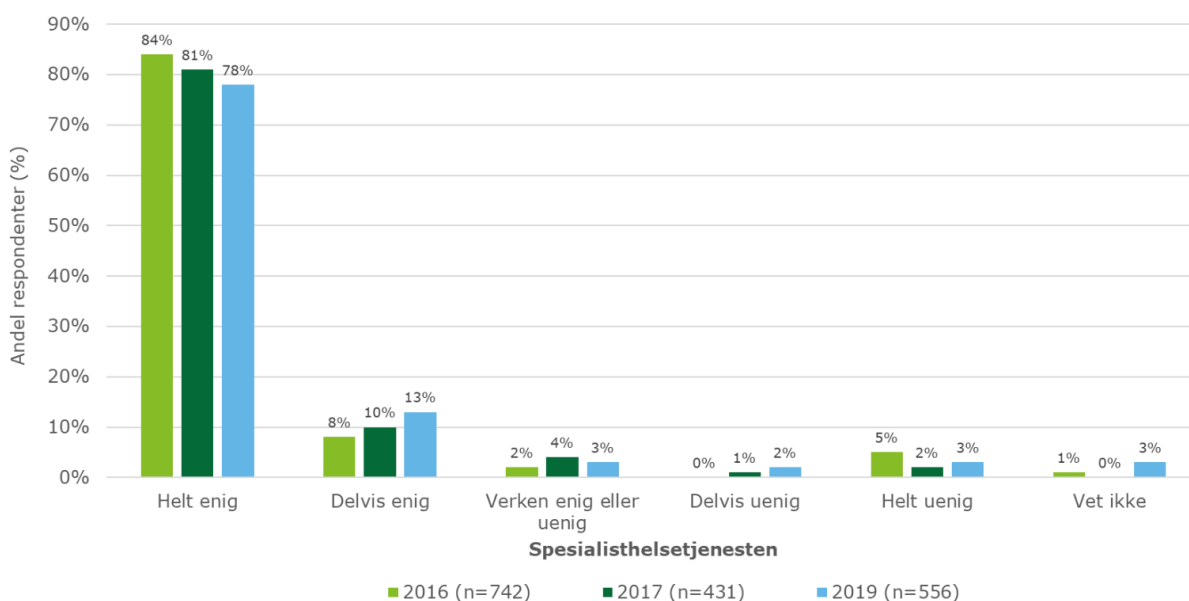


Også i sluttevalueringen kommer mange av de samme tilbakemeldingene om målinger. Samtlige respondenter trekker frem behovet for et godt system som sikrer elektronisk datafangst. Enkelte respondenter mener at dette bør gjøres på nasjonalt nivå. I tillegg er det flere respondenter som opplever en konflikt mellom pasientsikkerhet og informasjonssikkerhet. Eksempler som trekkes frem er at man ofte må inn i journaler for å hente data, og at dette kan stride imot personvern hensyn.

### 5.2.4 Åpenhet og trygghet

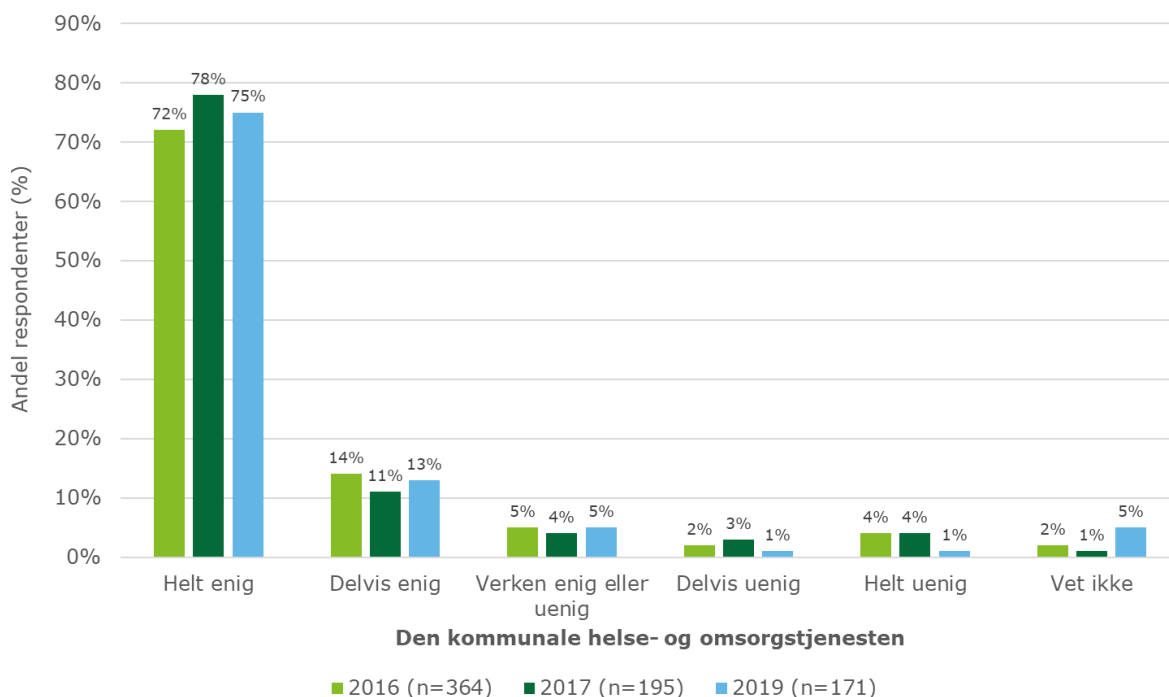
En viktig forutsetning for å lykkes med å forbedre pasientsikkerheten er å skape en kultur som fremmer åpenhet, tillit, samarbeid og læring. Av den grunn stilte vi spørsmål om i hvilken grad respondentene opplevde at det var trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i sin enhet/virksomhet.

**«Jeg opplever at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i min enhet»**



Figur 35. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spesialisthelsetjenesten for vurdering av påstanden «Jeg opplever at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i min enhet». Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

**«Jeg opplever det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i min virksomhet»**



Figur 36. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for den kommunale helse- og omsorgstjenesten for vurdering av påstanden «Jeg opplever at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i min enhet». Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

Gjennom hele følgeevalueringsperioden har det vært et klart flertall av respondentene i spesialisthelsetjenesten som er helt enig i at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten. På ledernivå er det nivå 2 (klinikkisjef/klinikkdirektører) som i høyest grad opplever at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten. 92 prosent av respondentene som er på nivå 2 er helt enig i at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i deres enhet. Respondenter som ikke har lederansvar er den respondentmassen som i minst grad er enig i at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i deres enhet. 66 prosent svarer at de er helt enige i at det er trygt og 17 prosent opplever at det er delvis trygt.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det også et klart flertall som opplever trygghet ved å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i deres virksomhet, noe som har vært tilfelle gjennom hele følgeevalueringsperioden. Fordelt på ulike stillingskategorier ser vi at det er ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som i høyest grad opplever at det er trygt, hvor 91 prosent av lederne er helt enig med påstanden. 75 prosent av respondentene som er leger og 74 prosent av respondentene som er sykepleiere er helt enige i at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten.

# 6 Resultater

## 6.1 Definisjon og avgrensning

Mens de foregående kapitlene har sett på resultater i form av leveranser og effekter for helsepersonell (jf. kapittel 2), omtaler dette kapittelet respondentenes subjektive opplevelse av hvilken effekt pasientsikkerhetsprogrammet har hatt for arbeid med pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.

## 6.2 Funn fra intervju og spørreundersøkelsene

### 6.2.1 Resultater av deltakelse i programmet i helsetjenestene

Intervjuene viser at deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til større oppmerksomhet om pasientsikkerhet. Flere respondenter mener at det å delta i pasientsikkerhetsprogrammet og arbeide med aktiviteter og metoder knyttet til programmet har gjort at man har vektlagt pasientsikkerhet i større grad enn hva som ellers ville vært tilfelle. Flere intervjuerespondenter opplever at pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å belyse områder hvor pasientsikkerhet er viktig å ta hensyn til, og i tillegg at små forbedringer kan utgjøre store forskjeller. Deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet har også hatt positive effekter på det mellommenneskelige området. Flere respondenter trekker frem at pasientsikkerhetsprogrammet har økt motivasjonen hos ulike faggrupper for å jobbe systematisk med forbedringsarbeid, og bidratt til gode faglige refleksjoner og vurderinger.

I spørreundersøkelsen var det formulert et åpent spørsmål om på hvilke områder pasientsikkerhetsprogrammet har gitt resultater. De mest utbredte svarene i sluttevalueringen var:

- Fokus på risiko og forebyggingstiltak (ofte knyttet til et innsatsområde)
- Generell økt bevissthet rundt pasientsikkerhet
- Forbedrede rutiner gjennom tiltakspakken «*trygg kirurgi*»

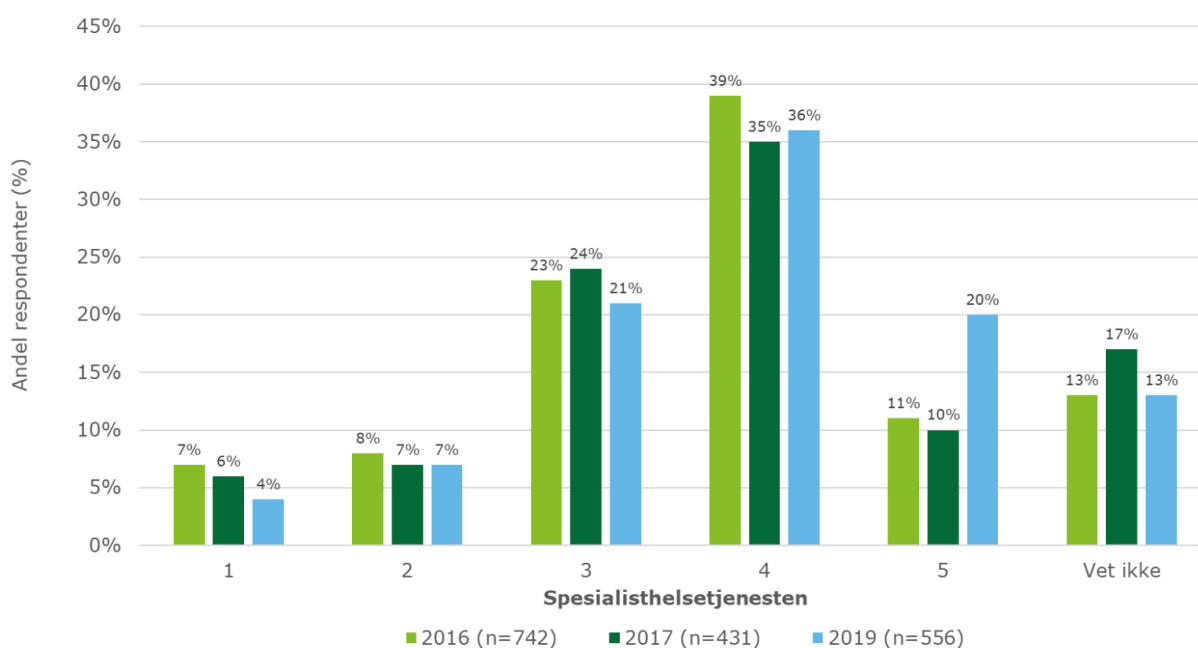
Intervjuerespondentene trekker i stor grad frem den sentrale rollen pasientsikkerhetsprogrammet har hatt for faglig utvikling. Innsatsområder, tiltakspakker, forbedringsmetodikk og læringsnettverk trekkes frem som gode eksempler på hvordan deltakelse i programmet har gitt resultater. Innsatsområdene og tiltakspakkene trekkes spesielt frem som sentrale for å konkretisere områder som kan forbedre pasientsikkerheten, kombinert med at tiltakspakkene inneholder nyttige tiltak, sjekklister, forbedringsmetodikk og faglig støttemateriell. Flere respondenter i spesialisthelsetjenesten opplever at spesielt «*trygg kirurgi*» er en tiltakspakke som bidrar til mer systematisk arbeid før, under og etter kirurgi. Flere respondenter opplever også at forbedringsmetodikk har bidratt til større forståelse for

systematisk arbeid, og forbedringsutdanning og -prosjekter trekkes frem som gode kompetanseutviklingstiltak som bidrar til økt fokus på pasientsikkerhet i hverdagen. Det er viktig å presisere at selv om flere respondenter mener at forbedringsutdanningen og forbedringsprosjekter er nyttige, så opplever de også at det er tidkrevende å få tid til dette i hverdagen. Læringsnettverk, og spesielt lokale læringsnettverk, oppleves som en nyttig arena for erfaringsutveksling, faglig påfyll og opplæring i forbedringsmetodikk.

Ifølge intervjurespondentene er det helt klart viktigste bidraget fra å ha deltatt i pasientsikkerhetsprogrammet at man bygger en sterkere åpenhetskultur. I tillegg er det flere intervjurespondenter som trekker frem Pasientsikkerhetskonferansen som en nyttig arena for erfaringsutveksling og faglig påfyll. Flere ønsker at konferansen skal gjennomføres også i årene fremover. Pasientsikkerhetsprogrammets rolle i å bygge en bedre kultur for pasientsikkerhetsarbeid nevnes også av intervjurespondentene som et viktig resultat.

I følgeevalueringen har vi fulgt i hvilken grad respondentene opplever at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i egen enhet/virksomhet. Svarfordelingen for dette vises i grafene under, fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

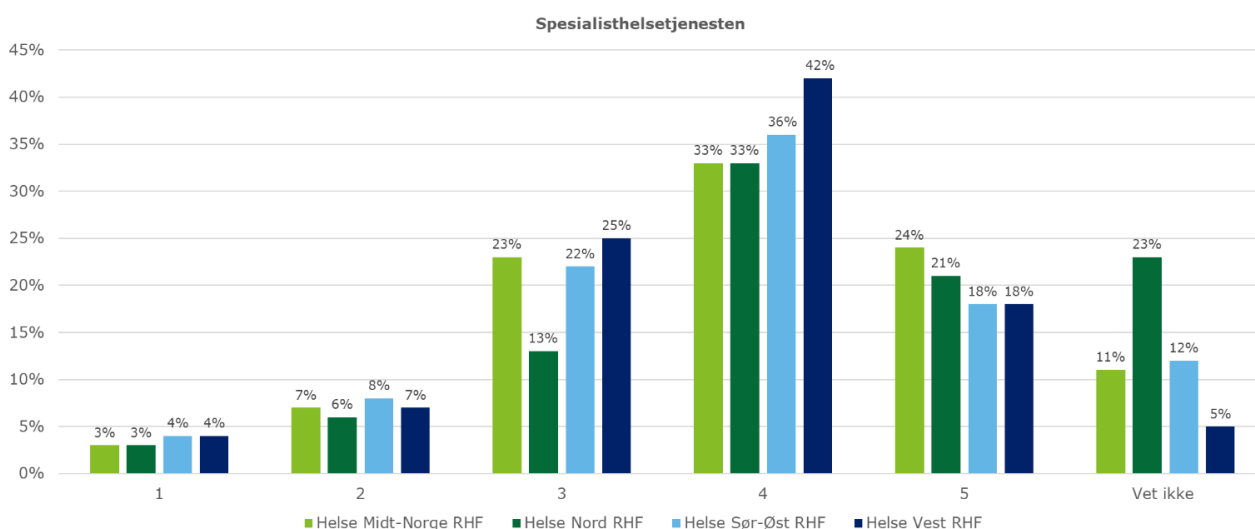
**«I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?»**



Figur 37. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spørsmålet «I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

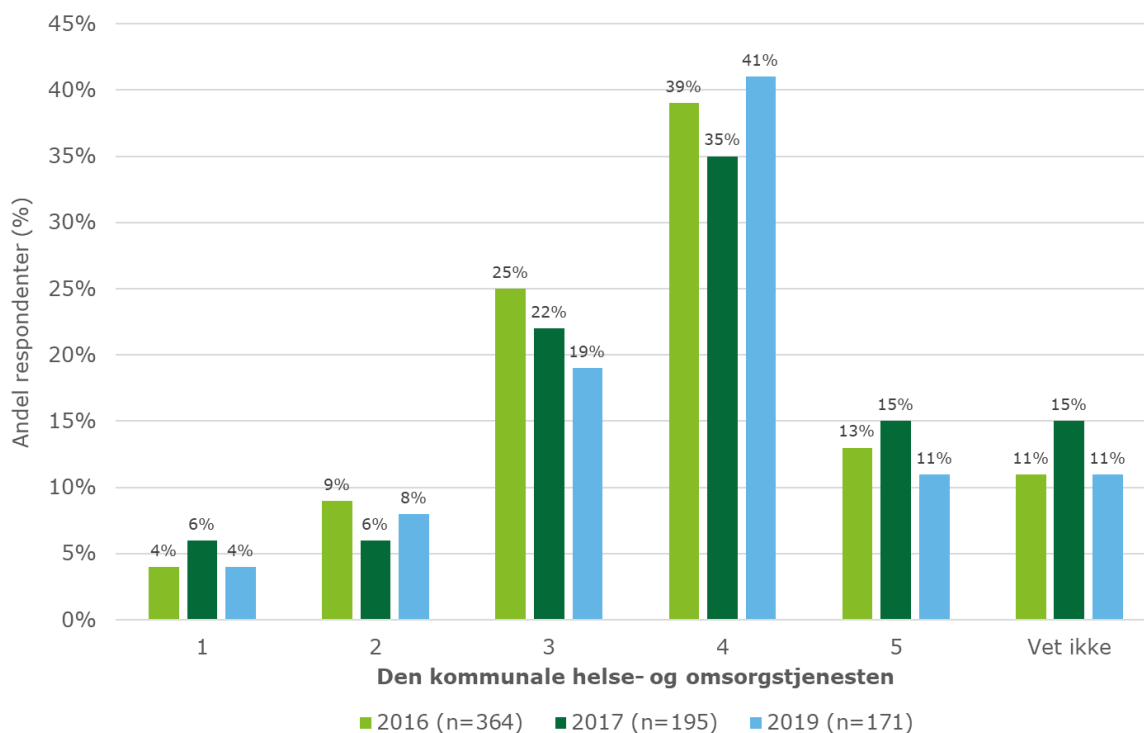
56 prosent av respondentene i spesialisthelsetjenesten opplever at pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter i stor grad har bidratt til å øke pasientsikkerheten i sine enheter. Den tydeligste utviklingen ser vi mellom svarene fra devaluering 2 (2017) og foreliggende sluttrapport, hvor prosentvis andel som svarte «5 – i svært stor grad» økte betydelig.

Figuren viser i hvilken grad respondentene opplever at pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter har bidratt til å øke pasientsikkerheten i egne enheter, etter regionale helseforetak.



Figur 38. Frekvensfordeling (prosent av antall ansatte) for spørsmålet «I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?», fordelt mellom regionale helseforetak. Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

**«I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din virksomhet?»»**



Figur 39. Frekvensfordeling (prosent av antall respondenter) for spørsmålet «I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din enhet?». Skalaen går fra 1 (i svært liten grad) til 5 (i svært stor grad). Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever 52 prosent av respondentene at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i egen virksomhet. Gjennomsnittet ligger på 3,7.

### **6.2.2 Opplevde begrensninger ved deltakelse i programmet**

Begrensninger som respondenter har opplevd gjennom programperioden har vært knyttet til:

- Lav forankring av pasientsikkerhetsprogrammet hos ledere
- Utfordringer knyttet til målinger
- Begrenset prioritering av programmet i kommuneledelsen

**Lav forankring av pasientsikkerhetsprogrammet hos ledere.** Det er enighet hos respondentene (både i intervjuene og i de åpne kommentarfeltene i spørreundersøkelsen) at engasjerte ledere har vært viktige i arbeidet med pasientsikkerhet. Svak lederforankring har skapt begrensninger slik at pasientsikkerhetsprogrammet ikke har blitt prioritert og ansatte ikke har blitt fulgt opp. Dette gjelder ikke i alle helseforetak, men flere respondenter opplever

at det har vært tungt å jobbe med pasientsikkerhetsprogrammet når det ikke har vært forankret hos ledere. Flere respondenter fremhever hvor viktig det er at ledere får opplæring (for eksempel i forbedringsmetodikk), og at opplæring av ledere burde ha vært gjennomført tidlig i programperioden. Det er en antagelse hos respondentene at ledere ikke har kompetanse for å jobbe med forbedringsmetodikk, noe som bidrar til å gjøre det vanskelig å drive kompetanseutvikling og opplæring av ansatte.

**Utfordringer knyttet til målinger.** Målinger har gjennom hele følgeevalueringsperioden vært et område som respondentene opplever som en begrensning. I intervjuene har vi mottatt tilbakemeldinger om at det ikke finnes et godt nok målesystem. Majoriteten av respondentene opplever fortsatt i stor grad at målingene må gjennomføres manuelt, samtidig som det er et ønske om elektronisk datafangst. Flere av de regionale og lokale programlederne melder i intervjuene at tiden er overmoden for et nytt system.

I [kapittel 5.2.3](#) er det en graf som viser i hvilken grad respondentene opplever at de måler på de innsatsområdene det har blitt arbeidet med (visualisert med gjennomsnittsscore per innsatsområde). Gjennomsnittsscoren er relativt høy, og varierer fra 3,7 til 4,4. Grafen gir en indikasjon på at det måles i moderat til relativt høy grad, men intervjuene som er gjennomført nyanserer dette bildet. Flere intervjuerespondenter opplyser at det til en viss grad gjennomføres målinger, men at de ansatte ikke alltid måler på en systematisk måte. I tillegg opplever flere intervjuerespondenter at det er en konflikt mellom pasientsikkerhet og personvern. Enkelte respondenter opplever at det er en implisitt forventning at man må inn i pasientjournaler for å gjøre målinger, men at kvalitetsavdelinger ikke får tilgang til journalene. I slike tilfeller må man involvere personvernombudet, som muligens ikke kjenner til pasientsikkerhetsprogrammet og hvorfor kvalitetsavdelingene må hente ut data fra journalene.

Selv om flertallet av intervjuerespondentene opplever at målingene baserer seg på utdaterte systemer som ikke bidrar til å gjøre målingene lettere eller mer effektive, finnes det noen positive erfaringer med målinger i spesialisthelsetjenesten. Et eksempel er Ahus<sup>33</sup>, der intervjuerespondenter opplever at man har lyktes med elektronisk datafangst. Løsningen til Ahus går ut på at pasientscreening dokumenteres elektronisk i pasientjournalssystemet (DIPS), og videre at data til målinger trekkes fra pasientjournalssystemet via en egenutviklet applikasjon. Denne metoden bidrar til at pasientene kan følges opp på en detaljert og oversiktlig måte. Respondentene fra Ahus trekker frem at en fleksibel analyseavdeling, initiativ fra klinikkene og involvering av sykepleiere som faktisk skal bruke applikasjonen har vært viktige tiltak for å lykkes med målinger.

---

<sup>33</sup> <https://www.ahus.no/nyheter/-na-far-vi-til-noe-som-mange-sykehus-strever-med>

### **Begrenset prioritering av programmet i kommuneledelsen.** Samtlige av

intervjurespondentene melder at det er viktig at kommuneledelsen prioriterer pasientsikkerhet for å sikre at pasientsikkerhet blir satt på dagsorden i kommunen. Kommunene har vært lovpålagt å jobbe med systematisk kvalitetsforbedring siden 2012 gjennom helse- og omsorgstjenesteloven.

Intervjurespondentene opplever at pasientsikkerhetsprogrammet og arbeid med aktiviteter fra programmet kunne ha blitt prioritert i høyere grad av kommuneledelsen enn det som har vært tilfelle. Programmet har i hovedsak henvendt seg til Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, som har vært en god pådriver for arbeidet i kommunene. Likevel opplever respondenter at denne organiseringen ikke gir den ønskede effekten fordi kommuneledelsen ikke har involvert seg i stor nok grad, noe som er nødvendig for å sikre en helhetlig innsats på pasientsikkerhetsområdet. Enkelte respondenter fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten opplever at det finnes få retningslinjer og dokumentasjon (f.eks. strategi og kompetanseplan) fra kommuneledelsen på hvordan man kan jobbe med forbedring av pasientsikkerhet. Respondenter trekker frem at helsetjenester i kommunene må få planer fra kommuneledelsen om hvilke områder innen pasientsikkerhet de skal prioritere, og hvordan de skal jobbe med forbedring.

Fylkesmennene skal være en pådriver for arbeidet med pasientsikkerhet i kommunene<sup>34</sup>. I et intervju i forbindelse med sluttevalueringen understreker KS at det at Fylkesmennene gir kommunene oppdrag ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for at kommuner skal prioritere pasientsikkerhetsprogrammet. Rådmennene har mange områder å prioritere mellom. Områder som kommunene ikke selv har styringsansvar for, som blant annet pasientsikkerhetsprogrammet, vil kunne bli nedprioritert. Dette støttes av Riksrevisjonens undersøkelse om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, hvor undersøkelsen viser at fylkesmennene har begrenset informasjon om hvor mange kommuner som har planer for eldreomsorgen, og innholdet i disse planene<sup>35</sup>. Dersom pasientsikkerhetsprogrammet hadde kunnet henvende seg direkte til sektor- eller enhetsjefer, ville man sannsynligvis fått bedre eierskap og en mer systematisk tilnærming til å implementere pasientsikkerhetsprogrammet.

Flere respondenter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten mener at deres kommuner har lyktes, eller er på vei til å lykkes, med pasientsikkerhetsarbeidet. Tønsberg kommune var den første kommunen i Norge som igangsatte pilotprosjektet «*I trygge hender 24-7 - Pasient- og brukersikker kommune*» i samarbeid med sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet. Respondenten fra Tønsberg mener at den viktigste lærdommen de har hatt fra å jobbe med pasientsikkerhet er betydningen av å involvere politikerne. Tønsberg kommune har etablert et

---

<sup>34</sup> <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/forelopige-styringsdokumenter/>

<sup>35</sup> Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, dokument 3:5 (2018-2019), s. 12



eget fagutvalg og tilbyr kursing for politikere hvor de får opplæring i å forstå kvalitetsindikatorer, hvilke resultater de skal etterspørre og hvilken type pasientsikkerhetsarbeid som er viktig. Respondenten fra Tønsberg kommune fremhever betydningen av at man i kommunens strategidokument beskriver hvordan man skal jobbe med kvalitet, forbedring og pasientsikkerhet.

Også Lier kommune opplever at de er på vei til å forankre pasientsikkerhetsarbeid i hele kommunen. De fremhever at forankring av pasientsikkerhetsprogrammet i kommunen har vært viktig, noe de fikk erfare da kommunalsjef for helse og omsorg, kommuneoverlegen og prosjektleder for piloten sluttet. Samtlige av disse hadde roller som var viktige i Lier kommunes arbeid med pasientsikkerhetsprogrammet, og programmet måtte forankres hos etterfølgerne. Respondenten i Lier kommune forteller at en engasjert kommunalsjef for helse og omsorg har vært en nøkkelfaktor for at de har fått til mye godt pasientsikkerhetsarbeid i kommunen. For å sikre at pasientsikkerhet er noe Lier kommune skal prioritere fremover skal det utarbeides en kompetanseplan for de neste to årene hvor «*kontinuerlig forbedring*» er et av kompetanseområdene. Pasientsikkerhet vil falle inn under dette. Etter at kompetanseplanen er utarbeidet skal det utarbeides en mer langsiktig strategi for kompetanse.

### **6.2.3 Resultater fra pasient- og brukersikre kommuner**

Konseptet «*pasient- og brukersikker kommune*» skal sikre systematisk og vedvarende arbeid med pasient- og brukersikkerhet på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten, helt fra kommuneledelsen til de som jobber tett på pasienter og brukere<sup>36</sup>. Høsten 2016 ble fire nye kommuner fasett inn som pilotkommuner: Lier, Karmøy, Smøla og Vestvågøy. I tillegg hadde Tønsberg kommune vært pilotkommune siden 2015. I utgangspunktet var det tiltenkt at pasientsikkerhetsprogrammet deretter skulle igangsette et prosjekt med 20 nye pasient- og brukersikre kommuner, men relativt tidlig i arbeidet med Tønsberg så man at dette var urealistisk, slik at dette målet ble skrinlagt.

Nedenfor er en redegjørelse av erfaringene som pilotkommunene har hatt så langt, etter siste devaluering i 2017.

De pasient- og brukersikre kommunene opplevde i en tidlig fase at det å mobilisere hele kommunen i pasientsikkerhetsarbeidet var krevende. En av utfordringene respondentene trakk frem var hvordan man skulle organisere pasientsikkerhetsarbeidet i kommunen for å lykkes med dette. Samtlige av respondentene vi intervjuet opplever at høy grad av involvering og forankring i kommuneledelsen er en nøkkelfaktor for å kunne sikre systematisk og vedvarende arbeid på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten. Tønsberg viser til at deres involvering av kommuneledelsen, gjennom å forankre arbeid med pasientsikkerhet i kommuneplaner og

---

<sup>36</sup> <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/pasient-og-brukersikker-kommune/om-pasient-og-brukersikker-kommune>

kommunestrategi og gi opplæring i kvalitetsindikatorer til politikere, har vært viktige grep for å sette pasientsikkerhet på dagsorden i hele kommunen. Lier kommune har laget en prosjektbeskrivelse for Lier som pasient- og brukersikker kommune, en beskrivelse som ikke fantes i starten av Liers status som pilotkommune. I tillegg er Lier i gang med å utarbeide en kompetanseplan hvor kontinuerlig forbedring er et av punktene. Etter hvert skal også Lier kommune utarbeide en mer langsiktig strategiplan for hvordan man kan arbeide med kompetanse i kommunen.

Vestvågøy kommune gir tilbakemelding om at forankring av pasientsikkerhet i kommuneledelsen er viktig, men at de ikke har kommet i mål med dette. Det er en opplevelse at mye godt arbeid er blitt gjort i Vestvågøy, men at mye av arbeidet med programmet skjer på et operativt nivå, f.eks. i enkelte sykehjem og hjemmetjenester, og ikke er nedfelt i kommunens strategier og planer. Et eksempel på at arbeidet ikke er satt i system er at hvert enkelt sykehjem opplever at de er ansvarlig for hvordan de skal organisere pasientsikkerhetsarbeidet. Respondenten i Vestvågøy opplever at kommunen ville ha oppnådd mer om pasientsikkerhetsprogrammet også hadde vært forankret i kommuneledelsen. Uten forankring er det en fare for at suksesshistorier, beste praksis og erfaring på tvers av tjenesten ikke deles i like stor grad.

Forbedringsmetodikk trekkes frem av samtlige pasient- og brukersikre kommuner som en god metodikk som har bidratt til å systematisere pasientsikkerhetsarbeid. Enkelte respondenter opplever at det tok tid å forstå og lære forbedringsmetodikk, men at de nå har fått et godt grunnlag for å jobbe med systematisk forbedring. Veiledning i forbedringsmetodikk fra pasientsikkerhetsprogrammets hjemmeside trekkes frem som en god verktøykasse. Smøla kommune nevner at de jobbet med tiltak for å forbedre pasientsikkerheten også før pasientsikkerhetsprogrammet, men at programmet har hjulpet dem med å systematisere arbeidet i større grad gjennom tilgang til veiledninger i hvordan man gjennomfører forbedringsarbeid. Videre opplever Smøla at bruken av primærkontakter er blitt systematisert og bidrar til forbedringer gjennom at primærkontaktene er ansvarlige for bl.a. screening av pasienter og pårørendesamtaler. I tillegg har Smøla etablert en *virtuell avdeling*, en tavle som er laget som en avdeling i hjemmetjenesten for å følge opp pasienter slik at man kanskje kan forhindre innleggelse på sykehjem. Tavlen viser blant annet hvem som er primærkontakt, årsak til innleggelse, funn fra «*hva er viktig for deg?*»-samtale, funn fra samtale med primærkontakt og vurderinger fra ulike tester og diskusjoner i tverrfaglige team<sup>37</sup>.

De fleste pasient- og brukersikre kommunene opplever at det fortsatt er mye som gjenstår for at de virkelig skal være pasient- og brukersikker kommuner. I begynnelsen var det viktig å ta

---

<sup>37</sup> [https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/pasient-og-brukersikker-kommune/\\_attachment/4927?\\_download=false&\\_ts=165cf248650](https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/pasient-og-brukersikker-kommune/_attachment/4927?_download=false&_ts=165cf248650)

små steg og ikke ta forhastede beslutninger på hvordan man skulle gjennomføre arbeidet knyttet til pasient- og brukersikker kommune. På spørsmål om hva som har vært de viktigste læringspunktene fra å være pasient- og brukersikker kommune, svarer respondentene at det er viktig å ha engasjerte ledere på flere nivå i kommunen. Engasjerte enhetsledere i sykehjem og hjemmetjenester og kommunalsjef for helse og omsorg trekkes frem som gode pådrivere for å sikre helhetlig arbeid med pasientsikkerhet i hele kommunen.

På spørsmål om hva det er behov for i det videre arbeidet med pasient- og brukersikker kommune ble følgende nevnt:

- Det er behov for et overordnet nasjonalt team som jobber med hvordan man kan måle, styre og drive kompetanseutvikling i kommunene. I tillegg må det være et nasjonalt ansvar for innsatsområder, tiltakspakker og forbedringsmetodikk. Innsatsområder, tiltakspakker og forbedringsmetodikk må ikke bli utdatert, og bør oppdateres ved behov, for eksempel når det kommer ny og relevant forskning og kunnskap.
- Kommunene ønsker bistand i hvordan man kan forankre arbeidet med pasientsikkerhet i hele kommunen, inkl. i kommuneledelsen.

#### **6.2.4 Implementering og spredning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Målet var at det skulle igangsettes minimum ett innsatsområde i 75 prosent av norske kommuner innen utgangen av 2018. Et minstemål var at kommunene skulle jobbe med innsatsområdet «riktig legemiddelbruk». Ifølge Helsedirektoratet er målet om at kommuner skulle igangsette minimum ett innsatsområde i 75 prosent av kommunene blitt nådd (indikatoren for måloppnåelse i denne sammenhengen er at en kommune har deltatt på læringsnettverk med ett eller flere forbedringsteam på minst ett innsatsområde<sup>38</sup>).

---

<sup>38</sup> [https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/innsatsomradene-i-kommunene/\\_attachment/5147?\\_download=false&\\_ts=16a5941d87a](https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/i-kommunene/innsatsomradene-i-kommunene/_attachment/5147?_download=false&_ts=16a5941d87a)

## 7 Litteraturliste

Deloitte (2016). Følgevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender 24-7*» (devaluering 1).

Deloitte (2017). Følgevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender 24-7*» (devaluering 2).

Folkehelseinstituttet (2018). Helsetjenesteassosierte infeksjoner, antibiotikabruk (NOIS), antibiotikaresistens (MSIS) og Verdens håndhygienedag. Årsrapport 2017. Lastet ned 20.05.2019 fra <https://www.fhi.no/publ/2018/helsetjenesteassosierte-infeksjoner-antibiotikabruk-nois-antibiotikaresiste/>

Folkehelseinstituttet (2019). 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2017. Lastet ned 20.05.2017 fra <https://www.fhi.no/publ/2019/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse.-resultater-for-2017/>

Helsebiblioteket (2009). Brukermedvirkning på tre ulike nivå. Lastet ned 12.05.2019. <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/brukermedvirkning-pa-tre-ulike-niva>

Helsedirektoratet (2014). Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* (2014), Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen *I trygge hender 24-7* 2011-2013

Helsedirektoratet (2016). Pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender 24-7*», strategi 2014-2018, revidert versjon oktober 2016

Helsedirektoratet (2017). Pasientsikkerhetsprogrammet «*I trygge hender 24-7*», strategi 2014-2018, revidert versjon april 2017

Helsedirektoratet (2019). Pasientsikkerhetsprogrammets hjemmeside. [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)

Helsedirektoratet (udatert). Pasientskader i Norge. Lastet ned 20.05.2019 fra <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/pasientskader-i-norge>

Riksrevisjonen (2019). Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Dokument 3:5 (2018 – 2019)

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (2019). «Om oss». Lastet ned 10.01.19 fra <https://www.utviklingscenter.no/om-oss.486200.no.html>

# 8 Vedlegg

## 8.1 Datagrunnlag i spørreundersøkelsen

### 8.1.1 Respondentgruppen i spesialisthelsetjenesten

For å innhente data ble det sendt ut epost med lenke til spørreundersøkelsen som lokale programledere ved hvert helseforetak skulle sende ut til relevante enheter. Med relevante enheter mentes enheter hvor det ble jobbet direkte med innsatsområder eller hvor innsatsområdene var relevante.

### Antall respondenter per RHF og HF

	Antall respondenter			% av antall respondenter		
	2016	2017	2019	2016	2017	2019
Helse Midt-Norge RHF	86	107	112	10 %	22 %	16 %
Helse Møre og Romsdal HF	18	29	21	2 %	6 %	3 %
Helse Nord-Trøndelag HF		24	58	0 %	5 %	8 %
St. Olavs Hospital HF	68	54	33	8 %	11 %	5 %
Helse Nord RHF	89	56	127	11 %	12 %	18 %
Finnmarkssykehuset HF		12	55	0 %	2 %	8 %
Helgelandssykehuset HF	13	4	17	2 %	1 %	2 %
Nordlandssykehuset HF	32	13	18	4 %	3 %	3 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	44	27	37	5 %	6 %	5 %
Helse Sør-Øst RHF	216	264	384	26 %	55 %	53 %
Akershus universitetssykehus HF	30	28	17	4 %	6 %	2 %
Betanien Hospital	2		2	0 %	0 %	0 %
Deloitte			1	0 %	0 %	0 %
Diakonhjemmet Sykehus	26	1	1	3 %	0 %	0 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	11	10	18	1 %	2 %	3 %
Martina Hansens Hospital		3	41	0 %	1 %	6 %
Oslo universitetssykehus HF		118	42	0 %	24 %	6 %
Revmatismesykehuset	2			0 %	0 %	0 %
Sunnaas sykehus HF	3	3	4	0 %	1 %	1 %
Sykehuset i Vestfold HF	21	11	34	3 %	2 %	5 %
Sykehuset Innlandet HF	33	14	110	4 %	3 %	15 %
Sykehuset Telemark HF		18	11	0 %	4 %	2 %
Sykehuset Østfold HF	6	21	15	1 %	4 %	2 %
Sørlandet sykehus HF	13	14	34	2 %	3 %	5 %
Vestre Viken HF	69	23	54	8 %	5 %	8 %
Helse Vest RHF	442	55	96	53 %	11 %	13 %
Haraldsplass Diakonale Sykehus	12	9	10	1 %	2 %	1 %
Helse Bergen HF	212	14	34	25 %	3 %	5 %
Helse Fonna HF	66	1	30	8 %	0 %	4 %
Helse Førde HF	51	5		6 %	1 %	0 %
Helse Stavanger HF	101	26	22	12 %	5 %	3 %
<b>Total</b>	<b>833</b>	<b>482</b>	<b>719</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabell 2. Oversikt over respondenter i spørreundersøkelsen for spesialisthelsetjenesten etter RHF og HF. Tabellen viser respondentgrunnlaget for hele følgeevalueringsperioden. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

## Antall respondenter per stillingskategori

	Antall respondenter			% av antall respondenter		
	2016	2017	2019	2016	2017	2019
Administrative støttetjenester	140	67	206	17 %	14 %	29 %
Annet	119	31	64	14 %	6 %	9 %
Leder	87	63	23	10 %	13 %	3 %
Lege	146	85	115	18 %	18 %	16 %
Sykepleier	341	236	311	41 %	49 %	43 %
<b>Total</b>	<b>833</b>	<b>482</b>	<b>719</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabell 3. Oversikt over respondenter i spesialisthelsetjenesten etter stillingskategori for hele følgeevalueringsperioden. I annet-kategorien inngår blant annet fysioterapeuter, bioingeniører, jordmødre, spesialrådgivere etc. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

## Antall respondenter per stillingsnivå

	Antall respondenter			% av antall respondenter		
	2016	2017	2019	2016	2017	2019
Ikke leder			245			34 %
Nivå 2 (klinikk-sjef/klinikkdirektør)	78	49	35	9 %	10 %	5 %
Nivå 3 (avdelingsleder)	301	113	150	36 %	23 %	21 %
Nivå 4 (enhetsleder)	283	172	173	34 %	36 %	24 %
Nivå 5 (seksjonsleder)	171	148	116	21 %	31 %	16 %
<b>Total</b>	<b>833</b>	<b>482</b>	<b>719</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabell 4. Oversikt over respondenter i spørreundersøkelsen til spesialisthelsetjenesten etter stillingsnivå. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

### 8.1.2 Respondentgruppen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

For å innhente data ble det sendt ut epost med lenke til spørreundersøkelsen som ledere ved USHT skulle sende ut til helsepersonell som hadde deltatt på læringsnettverk, og til ledere ved relevante avdelinger på sykehjem og i hjemmetjenesten. Med relevante enheter mentes enheter hvor det ble jobbet direkte med innsatsområder eller hvor innsatsområdene var relevante.

## Antall respondenter per stillingskategori

	Antall respondenter			% av antall respondenter		
	2016	2017	2019	2016	2017	2019
Leder			32			19%
Sykepleier	317	126	106	71%	65%	62%
Lege	17	10	4	4%	5%	2%
Annet	115	59	29	25%	30%	17%
<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>195</b>	<b>171</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabell 5. Oversikt over respondenter i spørreundersøkelsen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten knyttet til stillingskategori. I annet-kategorien inngår blant annet helsefagarbeidere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og vernepleiere. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

## Antall respondenter per stillingskategori

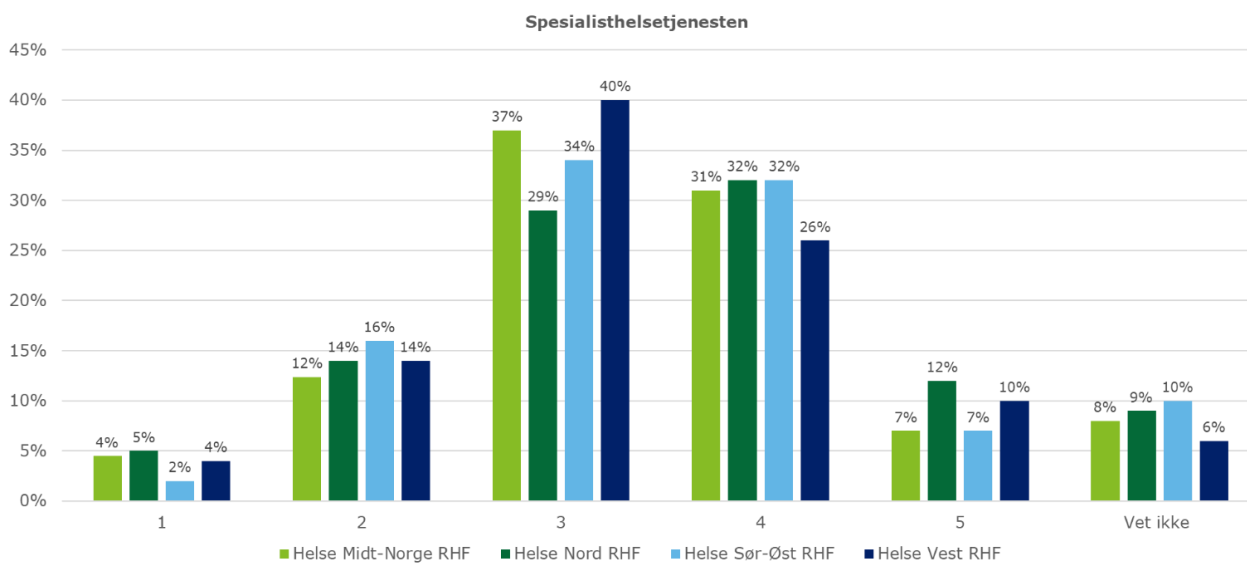
	Antall respondenter			% av antall respondenter		
	2016	2017	2019	2016	2017	2019
Sykehjem	234	107	32	52%	55%	50%
Hjemmetjeneste	168	52	106	37%	27%	36%
USHT	21	6	4	5%	3%	8%
Annet	26	30	29	6%	15%	12%
<b>Total</b>	<b>449</b>	<b>195</b>	<b>171</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Tabell 6. Oversikt over respondenter i spørreundersøkelsen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten knyttet til arbeidssted. I annet-kategorien inngår blant annet bolig for utviklingshemmede, omsorgsboliger, bofellesskap og respondenter som jobber med støttefunksjoner. Kilde: Questback spørreundersøkelser, Deloittes egen fremstilling.

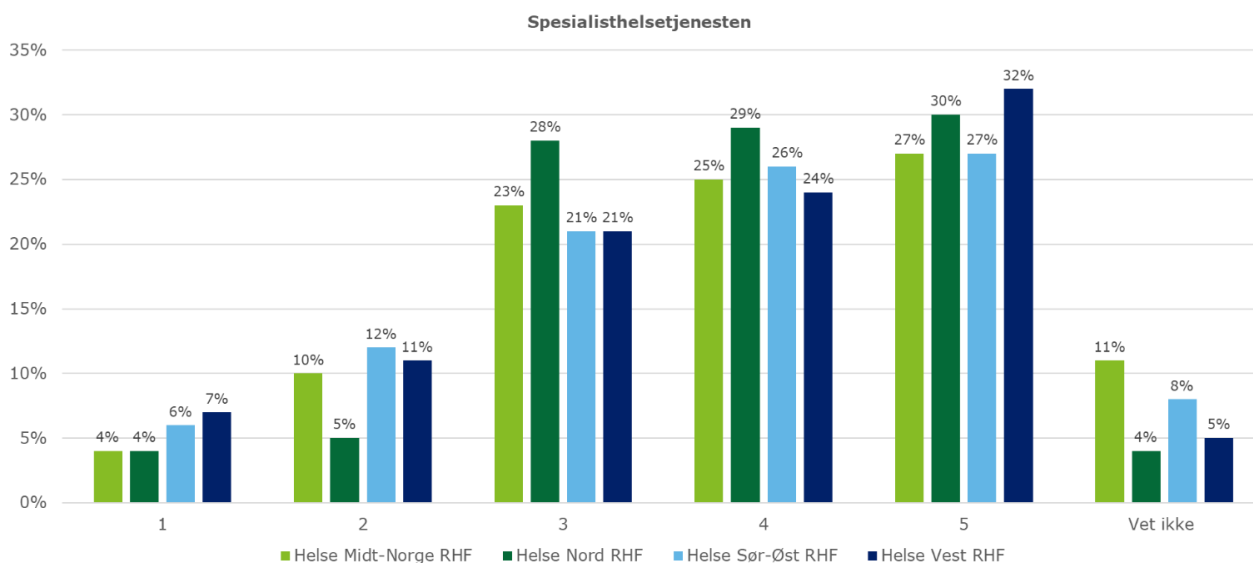
## 8.2 Grafer fra rapporten, inndelt etter regionale helseforetak

Grafene under viser resultater fra sluttevalueringen, inndelt etter regionalt helseforetak. Det er kun benyttet data fra spørreundersøkelsen som ble sendt ut i 2019. Antall respondenter for regionale helseforetak: Helse Sør-Øst RHF: 289; Helse Vest: 84; Helse Midt-Norge RHF: 89; Helse Nord RHF: 94.

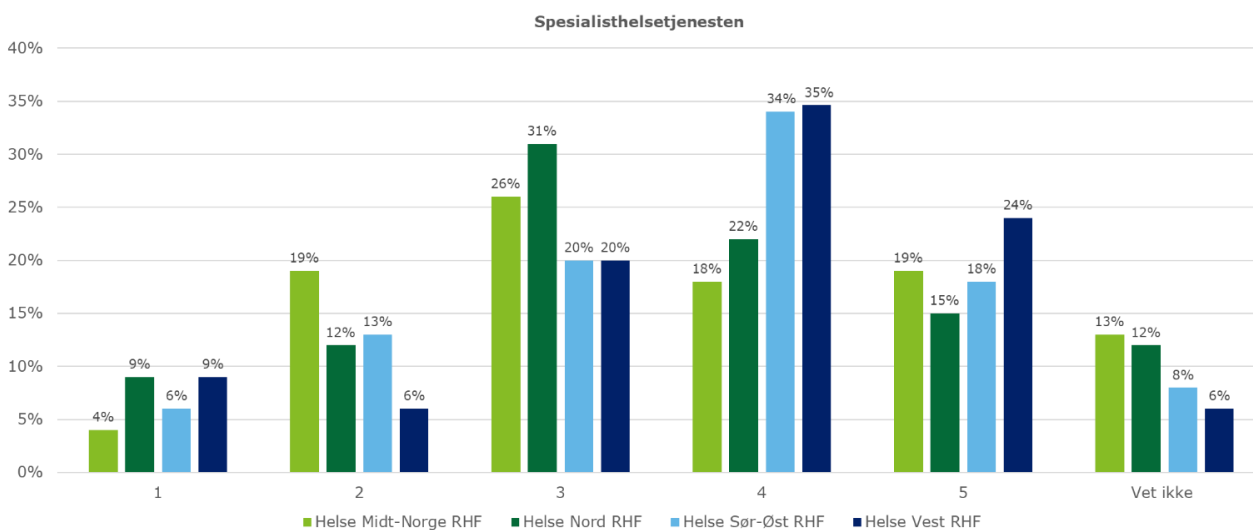
### «I hvilken grad opplevde du at dine medarbeidere tilegnet seg nok kunnskap om Pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden?»



**«I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos din nærmeste leder?»**

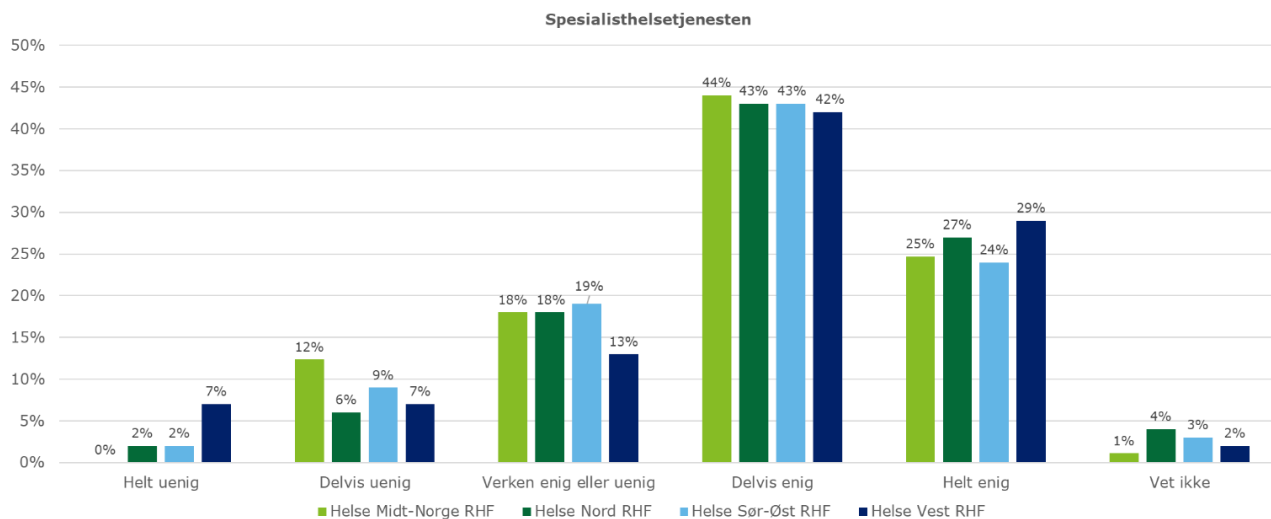


**«I hvilken grad benyttet dere forbedringsmetodikk som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?»**

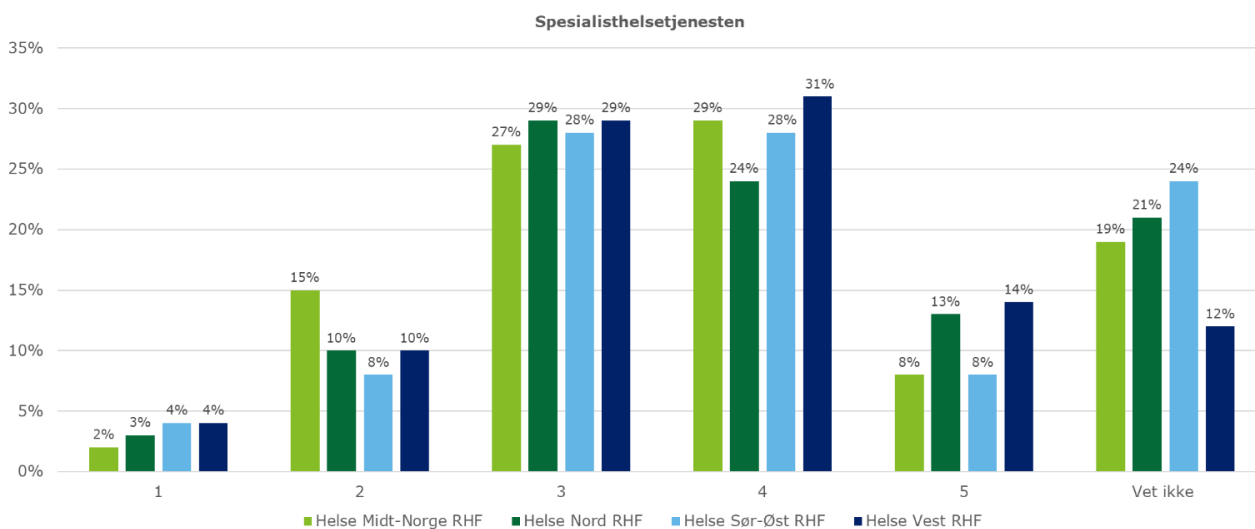




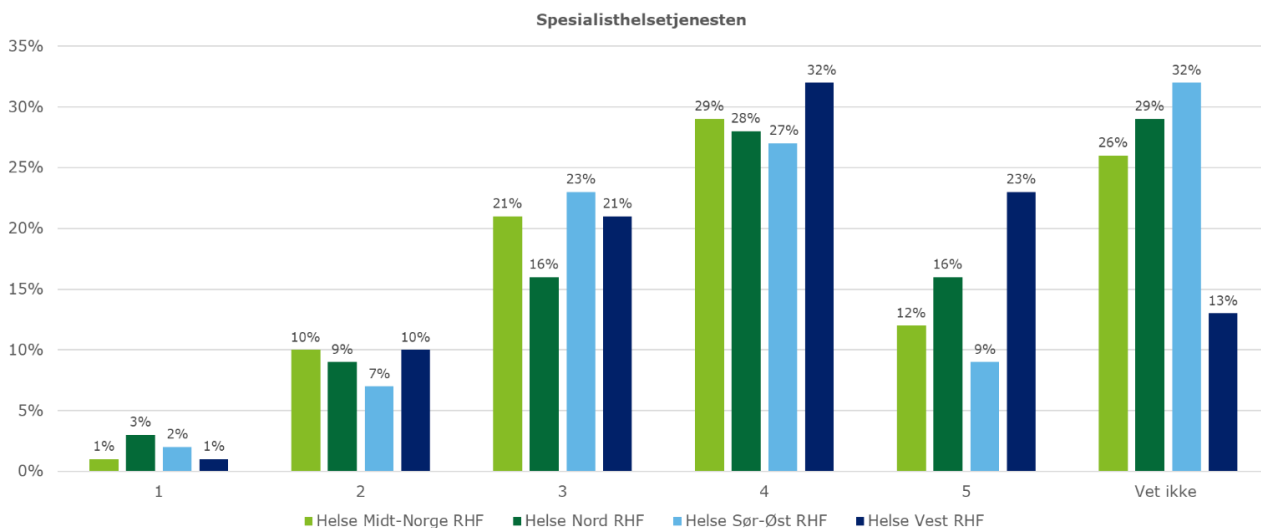
**«Ta stilling til følgende påstand: Arbeidet med pasientsikkerhet ble organisert på en hensiktsmessig måte i min enhet»**



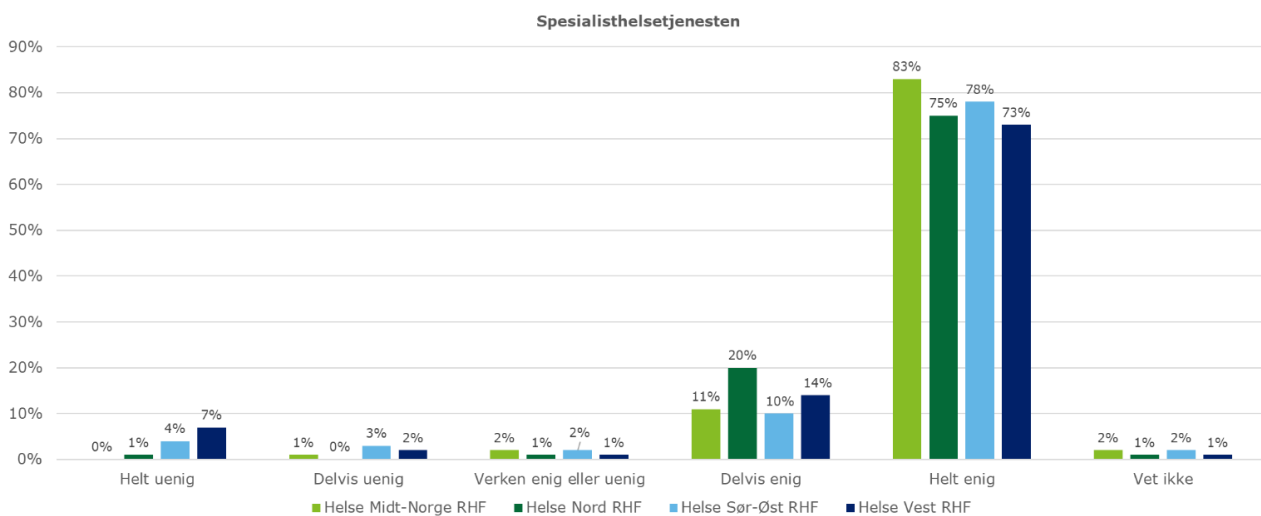
**«I hvilken grad ble lærdom fra kurs, samlinger og læringsnettverk spredt videre i din enhet?»**



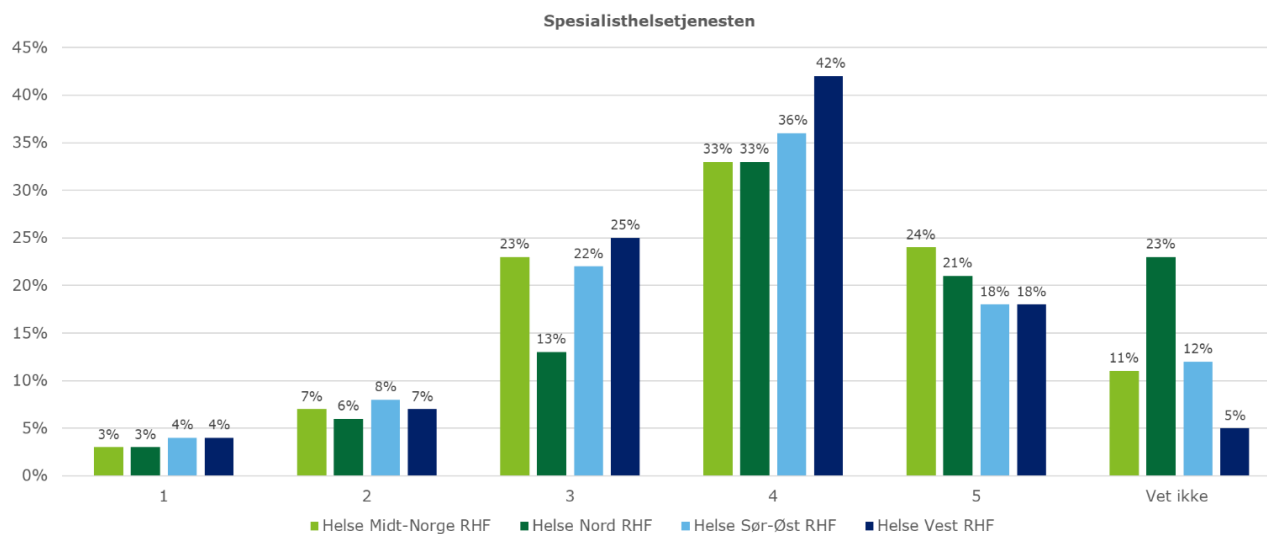
**«I hvilken grad opplever du at deltakelse på læringsnettverk, kurs eller samlinger i regi av Pasientsikkerhetsprogrammet har styrket pasientsikkerhetsarbeidet i din enhet?»**



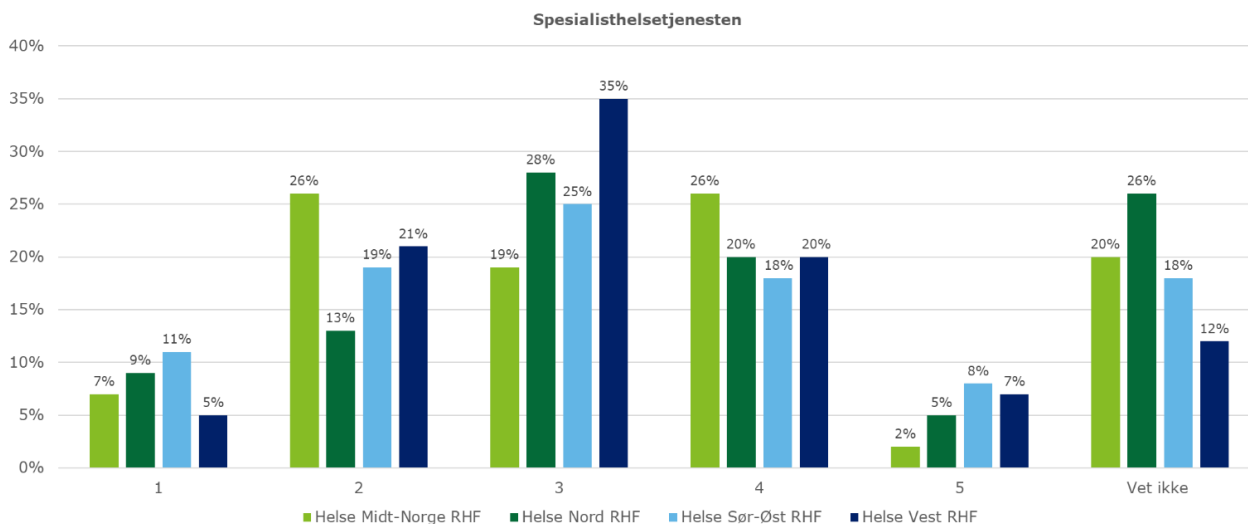
**«Ta stilling til følgende påstand: Jeg opplever at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i min enhet»**



**«I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til økt pasientsikkerhet i din enhet?»**



**«I hvilken grad inkluderes brukeren aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?»**



### 8.3 Intervjuguider

#### Spesialisthelsetjenesten

Intervjuet er en del av evaluering av Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7». Formålet med intervjuet er å få bedre innsikt i hvordan helsetjenestene har arbeidet med programmet, og hva som har fremmet og hemmet arbeidet med programmet. Intervjudataene vil bli supplert med andre data og analysert i et helhetlig perspektiv. Vi behandler informasjonen konfidensielt, og vil anonymisere fremstillingen av funn fra intervjuene.

Evalueringen har gått over en fireårsperiode. Det har vært to følgeevalueringer (2016 og 2017). Dette er sluttrapporten og ferdigstilles våren 2019.

Tema	Spørsmål
<b>Inngangsspørsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kan du kort fortelle om din stilling i egen organisasjon og din rolle i programmet?</li></ul>
<b>Rammebetingelser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan har deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet bidratt til økt pasientsikkerhet?</li></ul>
<b>Strukturer</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• I hvor stor grad opplever du at programmet har bidratt til varige strukturer for høyere pasientsikkerhet?</li></ul>
<b>Prosesser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan har arbeidet med forbedringsmodellen som verktøy for forbedringsarbeid fungert?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvordan har du/dere benyttet forbedringsmetodikk?</li><li>○ Hvilke råd vil du ha gitt til andre som jobber med forbedringsmetodikk?</li></ul></li><li>• Hvilke innsatsområder har kommet lengst når det gjelder spredning og implementering og ev. hvorfor?</li></ul>
<b>Resultater</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke svakheter har du opplevd ved å jobbe med pasientsikkerhet gjennom programmet?</li><li>• Hvilke styrker har du opplevd ved å jobbe med pasientsikkerhet gjennom programmet?</li><li>• Hva har vært de viktigste bidragene fra programmet til virksomheten?</li></ul>
<b>Avslutning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Oppsummert, hva vurderer du som sentrale utfordringer og suksessfaktorer i programmet?</li><li>• Hva blir viktig videre i arbeid med pasientsikkerhet?</li></ul>

## Pasient- og brukersikker kommune

Intervjuet er en del av sluttevalueringen av Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7». Formålet med intervjuet er å få bedre innsikt i hvordan det har blitt arbeidet/arbeides med programmet lokalt, og hva det er som fremmer og hemmer arbeidet med aktiviteter i programmet. Dette for å bidra til videreutvikling av programmet, både når det gjelder organisering og gjennomføring. Intervjudataene vil bli supplert med andre data og analysert i et helhetlig perspektiv. Vi behandler informasjonen konfidensielt, og vil anonymisere fremstillingen av funn fra intervjuene.

Evalueringen har gått over en fireårsperiode. Det har vært to følgeevalueringer (2016 og 2017). Dette er sluttrapporten og ferdigstilles våren 2019.

Tema	Spørsmål
<b>Innledning</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kan du fortelle litt om arbeidet med pasientsikkerhet som er gjort i din kommune?</li></ul>
<b>Inngangsspørsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hva gjør dere for å sikre at det arbeides helhetlig med pasientsikkerhet?</li><li>• Hvordan har dere tatt lærdom fra andre kommuner?</li><li>• Hvordan arbeider dere opp mot USHT?</li></ul>
<b>Rammebetingelser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan har arbeidet med «Pasientsikker og brukersikker kommune» vært organisert?</li><li>• Hvordan er pasientsikkerhetsprogrammet forankret i ledelsen i din kommune?</li></ul>
<b>Strukturer</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvordan har arbeidet med pasientsikker kommune bidratt til å sikre varige strukturer for forbedring av pasientsikkerhet?</li><li>• Hvordan har «Pasientsikker kommune» bidratt til økt kompetanse og kunnskap om pasientsikkerhetsarbeid?</li><li>• Hvordan jobbes det med forbedringsarbeid i sykehjem/hjemmetjenesten?</li></ul>
<b>Prosesser</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke innsatsområder jobber dere med?</li><li>• Hvordan har det å bli en «Pasientsikker og brukersikker kommune hatt innvirkning på medarbeidere ved sykehjem/hjemmetjeneste?</li><li>• Hvordan involverer dere brukere i arbeidet med pasientsikkerhet?</li></ul>
<b>Resultater</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hvilke resultater har dere oppnådd etter å ha blitt med om «pasient- og brukersikker kommune»?</li><li>• Hva er den viktigste forbedringen som kunne ha blitt gjort (nasjonalt) med pasientsikkerhetsprogrammet slik at dere i en enda sterkere grad klarer å bli en helhetlig pasient- og brukersikker kommune?</li><li>• Hvilke råd vil dere gi til andre kommuner som jobber med pasientsikkerhet?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmet er offisielt over, men arbeidet med pasientsikkerhet fortsetter. Hva ønsker du at pasientsikkerhetsarbeidet skal fokusere på?</li> </ul>
<b>Avslutning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noe du opplever du ikke fikk tilbakemelding på?</li> </ul>

## Den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Intervjuet er en del av sluttevalueringen av Pasientsikkerhetsprogrammet. Formålet med intervjuet er å få bedre innsikt i hvordan man har arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Intervjudataene vil bli supplert med andre data og analysert i et helhetlig perspektiv. Vi behandler informasjonen konfidensielt, og vil anonymisere fremstillingen av funn fra intervjuene.

Evalueringen har gått over en fireårsperiode. Det har vært to følgeevalueringer (2016 og 2017). Dette er sluttrapporten og ferdigstilles våren 2019.

Tema	Spørsmål
<b>Inngangsspørsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kan du kort fortelle om din stilling i egen organisasjon og evt rolle i programmet?</li> </ul>
<b>Rammebetingelser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva har vært de viktigste føringene for implementering av programmets i kommunen?</li> </ul>
<b>Strukturer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva har vært de viktigste styrkene og svakhetene ved organiseringen av programmet i kommunene?</li> <li>• Hvordan har samarbeidet mellom sekretariatet og USHT fungert?</li> </ul>
<b>Prosesser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvordan har kommuner inkludert aktiviteter fra programmet i sin arbeidshverdag?</li> <li>• Hvordan fungerer forbedringsmodellen som verktøy for forbedringsarbeid?</li> <li>• Hvilke innsatsområder har kommet lengst når det gjelder spredning og implementering og ev. hvorfor?</li> <li>• Hvordan arbeider dere med brukermedvirkning i deres kommune?</li> </ul>
<b>Resultater</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hva opplever du er de viktigste bidragene fra programmet til kommunene?</li> <li>• I hvilken grad vurderer du at programmet har bidratt til økt pasientsikkerhetsarbeid lokalt?</li> <li>• Hva er den viktigste forbedringene som kan gjøres nå som programmet er offisielt over, men arbeidet innenfor programmets områder fortsetter? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hva blir viktig å legge til rette for etter programslutt?</li> <li>○ Hvilke aktiviteter ønsker du at skal fortsette?</li> </ul> </li> </ul>
<b>Avslutning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Noe du opplever du ikke fikk svare på?</li> </ul>

## 8.4 Spørreundersøkelser

### Spesialisthelsetjenesten

#### Sluttevaluering av Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7" - SPH

Velkommen til spørreundersøkelsen.

Undersøkelsen er en del av evalueringen av Pasientsikkerhetsprogrammet og gjennomføres av Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet. Ufyllingen tar ca. 10-15 minutter og du kan når som helst ta en pause underveis i besvarelsen. Dersom du lukker undersøkelsen vil du komme til det stedet du avsluttet besvarelsen neste gang du trykker på lenken i eposten du mottok fra oss.

Det er dessverre ikke mulig å gå tilbake og endre svarene underveis. Les derfor spørsmålteksten nøye før du svarer.

Svarene dine vil bli behandlet konfidensielt. På forhånd takk for din deltakelse!

##### Innledende spørsmål.

1) \* Hvilket helseforetak/sykehus arbeider du ved?

- Helse Stavanger HF
- Helse Fonna HF
- Helse Bergen HF
- Helse Førde HF
- Helse Møre og Romsdal HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Nord-Trøndelag HF

- Helgelandssykehuset HF
- Finnmarkssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Akershus universitetssykehus HF
- Oslo universitetssykehus HF
- Sunnaas sykehus HF
- Sykehuset i Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold
- Sørlandet sykehus HF
- Vestre Viken HF
- Lovisenberg Diakonale Sykehus
- Diakonhjemmet sykehus
- Haraldsplass Diakonale Sykehus
- Martina Hansens Hospital
- Revatimesykehuset
- Betanien Hospital
- Annet, vennligst spesifiser:

2) \* Hvilket fagområde tilhører du?

- Somatikk     Psykisk helsevern

- Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TBS)

- Annet, vennligst spesifiser:

3) \* Hvilken stillingskategori tilhører du?

- Lege  
 Sykepleier  
 Administrasjon  
 Annet, vennligst spesifiser:

4) \* Hvilket ledernivå er du på?

- Nivå 2 (klinikkisjef/klinikkdirektør)  
 Nivå 3 (avdelingsleder)  
 Nivå 4 (enhetsleder)  
 Nivå 5 (seksjonsleder)  
 Ikke leder

**This box is shown in preview only.**

These actions will take effect for the following alternatives :

- Jeg kjenner ikke til programmet : Display thank you note

5) \* Hva er ditt forhold til pasientsikkerhetsprogrammet?

- Jeg kjenner til programmet og jobber med ulike innsatsområder, tiltakspakker eller annet direkte relatert til programmet  
 Jeg kjenner til programmet, men jobber ikke med noe direkte relatert til programmet  
 Jeg kjenner ikke til programmet





#### Forankring av pasientsikkerhetsprogrammet

Når du fyller ut resten av undersøkelsen, ber vi om at gjør det ut fra dine erfaringer i den enheten du arbeider i til daglig. Med enhet mener vi også avdeling, klinikk og sykehus, alt avhengig av hvilket ledernivå du befinner deg på.

Under følger noen spørsmål vi ber deg om å ta stilling til. For å svare på spørsmålene krysser du av på en gradert skala fra 1-5.  
1 = "I svært liten grad"  
5 = "I svært stor grad"

6) \* I hvilken grad opplevde du å tilegne deg nok kunnskap om pasientsikkerhet gjennom å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

7) \* I hvilken grad opplevde du at dine medarbeidere tilegnet seg nok kunnskap om Pasientsikkerhetsprogrammet gjennom programperioden?

- 1
- 2
- 3

- 4
- 5
- Vet ikke

8) \* I hvilken grad opplevde du at Pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter var koordinert mot andre nasjonale initiativer rettet mot pasientsikkerhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

9) Hvilke erfaringer har du gjort deg når det gjelder andre initiativ rettet mot pasientsikkerhet?

10) \* I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos din nærmeste leder?

- 1
- 2
- 3

- 4
- 5
- Vet ikke



#### **Forbedringsarbeid.**

*I de neste spørsmålene spør vi om forbedringsarbeid. Med forbedringsarbeid mener vi for eksempel forbedringsmetodikken programmet bygger på, med bl.a. PDSA-sirkelen (Plan - Do - Study - Act) for småskalatesting og gjentatte målinger og forbedringskunnskap.*

**11) \* I hvilken grad benyttet dere forbedringsmetodikk som grunnlag for forbedring av pasientsikkerhet i din enhet?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

**12) \* I hvilken grad opplever du at dine ansatte har opparbeidet seg kompetanse i systematisk forbedringsarbeid?**

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

13) Eventuelle kommentarer til arbeid med forbedringsarbeid:

0/4000



**Arbeidsprosesser**

Når du fyller ut resten av undersøkelsen, ber vi om at gjør det ut fra dine erfaringer i den enheten du arbeider i til daglig. Med enhet mener vi også avdeling, klinikk og sykehus, alt avhengig av hvilket ledernivå du befinner deg på.

Under følger noen spørsmål vi ber deg om å ta stilling til. For å svare på spørsmålene krysser du av på en gradert skala fra 1-5.

1 = "I svært liten grad"

5 = "I svært stor grad"

**14) \* Ta stilling til følgende påstand: Arbeidet med pasientsikkerhet ble organisert på en hensiktsmessig måte i min enhet**

- Helt uenig
- Delvis uenig
- Verken enig eller uenig
- Delvis enig
- Helt enig
- Vet ikke

**15) Hvilke resultater har din enhet oppnådd ved å jobbe med aktiviteter fra pasientsikkerhetsprogrammet?**

0/4000

16) \* Hvilke innsatsområder jobbet dere med i din enhet? Du kan hake av for flere

- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- Forebygging av urinveisinfeksjoner
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av underernæring
- Forebygging av infeksjon ved SVK
- Forebygging av overdosedødsfall
- Samstemming av legemiddellister
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Behandling av hjemmeslag
- Ledelse av pasientsikkerhet
- Forebygging av trykksår
- Tidlig oppdagelse av sepsis
- Trygg kirurgi
- Trygg utskriving
- Vet ikke

*I det neste spørsmålet spør vi om tiltakspakkene innenfor de innsatsområdene dere arbeider med i din enhet. For å svare på spørsmålet krysser du av på en gradert skala fra 1-5 (1 = "i svært liten grad", 5 = "i svært stor grad") på de innsatsområdene som dere jobber med. På de innsatsområdene som det ikke jobbes med kan du hake av "ikke aktuelt".*

17) \* Hvordan fungerte tiltakspakken innenfor innsatsområdene det arbeides med i din enhet, når det gjelder å styrke pasientsikkerheten? Dersom det ikke ble arbeidet med et innsatsområde haker du av for "ikke aktuelt"

	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt
Forebygging av fall i helseinstitusjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av urinveisinfeksjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av selvmord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av underernæring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av infeksjon ved SVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av overdosedødsfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samstemming av legemiddellister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandling av hjemmeslag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ledelse av pasientsikkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygg kirurgi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygg utskriving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18) \* I hvilken grad er det blitt gjennomført målinger på innsatsområdene det arbeides med i din enhet? På innsatsområdene det ikke arbeides med kan du hake av for "ikke aktuelt"

	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt
Forebygging av fall i helseinstitusjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av urinveisinfeksjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5	Vet ikke	Ikke aktuelt
Forebygging av selvmord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av underernæring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av infeksjon ved SVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av overdosedødsfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samstemming av legemiddellister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandling av hjemmeslag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ledelse av pasientsikkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygg kirurgi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygg utskrivning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



19) \* Har ansatte i din enhet deltatt i læringsnettverk?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

20) \* Har du eller noen i din enhet deltatt på andre kurs eller samlinger i regi av pasientsikkerhetsprogrammet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

21) \* I hvilken grad ble lærdom fra kurs, samlinger og læringsnettverk spredt videre i din enhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

22) Eventuelle kommentarer knyttet til din enhets deltakelse på læringsnettverk, kurs eller seminarer

0/4000

23) \* I hvilken grad opplever du at deltakelse på læringsnettverk, kurs eller samlinger i regi av Pasientsikkerhetsprogrammet har styrket pasientsikkerhetsarbeidet i din enhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

24) \* I hvilken grad opplever du at dine ansatte har hatt utbytte av å delta i læringsnettverk?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

25) \* Ta stilling til følgende påstand: Jeg opplever at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i min enhet.

- Helt uenig
- Delvis uenig
- Verken enig eller uenig
- Delvis enig
- Helt enig
- Vet ikke

26) Eventuelle kommentarer til om det er trygt/ikke trygt å si ifra om eventuelle forhold som truer pasientsikkerheten i din enhet

0/4000

27) \* I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til økt pasientsikkerhet i din enhet?

- 1
- 2
- 3
- 4

- 5
- Vet ikke

28) \* I hvilken grad inkluderes brukeren aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

29) \* I hvilken grad tar din enhet i bruk pasientsikkerhetsprogrammets verktøy for brukermedvirkning?

	1	2	3	4	5	Vet ikke
Bare Spør!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visittstolen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I pasientens fotspor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis du har svart at din enhet i liten grad har brukt pasientsikkerhetsprogrammets verktøy for brukermedvirkning ønsker vi at du utdypet hvorfor dere ikke har tatt disse i bruk.

30) Eventuelle kommentarer til hvorfor verktøyene for brukermedvirkning er brukt i liten grad:

0/4000



**Åpne spørsmål.**

De neste spørsmålene er åpne kommentarfelt hvor du kan gi tilbakemelding på hva du opplever som de viktigste resultatene og eventuelt de største hindringene av å være med i pasientsikkerhetsprogrammet.

31) Hva er de viktigste resultatene av deltakelsen i pasientsikkerhetsprogrammet for din enhet?

0/4000

32) Hva opplevde du som de største hindringene ved deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet?

0/4000

33) Eventuelle kommentarer:

0/4000

**Send**

100 % completed

© Copyright [www.guestback.com](http://www.guestback.com). All Rights Reserved.



## Kommunal helse- og omsorgstjeneste

### Sluttevaluering av Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7" - PHT(1)

Velkommen til spørreundersøkelsen.

Undersøkelsen er en del sluttevalueringen av pasientsikkerhetsprogrammet og gjennomføres av Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet. Utfyllingen tar cirka 10-15 minutter og du kan når som helst ta en pause underveis i besvarelsen. Dersom du lukker undersøkelsen vil du komme tilbake til det stedet du avsluttet besvarelsen neste gang du trykker på lenken i eposten du mottok fra oss.

Det er dessverre ikke mulig å gå tilbake og endre svarene underveis. Les derfor spørsmålsteksten nøye før du svarer.

Svarene dine vil bli behandlet konfidensielt.  
På forhånd takk for din deltakelse!

#### Innledende spørsmål

1) \* Hvilken kommune jobber du i?

2) \* Hvor jobber du? Du kan hake av for flere alternativer

- Sykehjem
- Hjemmetjeneste
- Utviklingssenter sykehjem/hjemmetjeneste

Annet, vennligst spesifiser:

3) \* Hvilken stillingskategori tilhører du?

- Lege
- Sykepleier
- Hjelpepleier
- Helsefagarbeider
- Annet, vennligst spesifiser:

4) \* Hva er ditt forhold til pasientsikkerhetsprogrammet?

- Jeg kjenner ikke til pasientsikkerhetsprogrammet
- Jeg kjenner til pasientsikkerhetsprogrammet, men jobber ikke med noe direkte relatert til programmet
- Jeg kjenner til programmet og jobber med innsatsområder, tiltakspakker eller annet direkte relatert til programmet



### Forankring av pasientsikkerhetsprogrammet

I de neste spørsmålene ønsker vi å få innsikt i hvordan du opplevde pasientsikkerhetsprogrammet som var aktivt frem til utgangen av 2018.

Når du fyller ut resten av undersøkelsen, ber vi om at gjør det ut fra dine erfaringer i den virksomheten du arbeider i til daglig. Med virksomhet mener vi avdeling, sykehjem og hjemmetjeneste, alt avhengig av hvor du befinner deg.

Under følger noen spørsmål vi ber deg om å ta stilling til. For å svare på spørsmålene krysser du av på en gradert skala fra 1-5.

1 = "I svært liten grad"

5 = "I svært stor grad"

5) \* I hvilken grad opplevde du at ledere i din virksomhet hadde tilstrekkelig kunnskap om programmet (målsetninger, arbeidsmetodikk, måling og rapportering)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

6) \* I hvilken grad opplevde du at medarbeidere i din virksomhet hadde tilstrekkelig kunnskap om pasientsikkerhetsprogrammet (målsetninger, arbeidsmetodikk, måling og rapportering)?

- 1
- 2
- 3
- 4

- 5
- Vet ikke

7) \* I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammets aktiviteter var koordinert med andre initiativ rettet mot pasientsikkerhet i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

8) \* I hvilken grad opplevde du at pasientsikkerhetsprogrammet var forankret hos ledelsen i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

9) \* I hvilken grad opplever du at pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å forankre pasientsikkerhet i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke



10) \* Har du eller noen av dine ansatte deltatt på kurs eller samling i regi av pasientsikkerhetsprogrammet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

11) \* Har du eller noen av dine ansatte i din virksomhet deltatt på læringsnettverk?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

12) \* I hvilken grad opplevde du at deltakelse på læringsnettverk, kurs eller samlinger har styrket pasientsikkerhetsarbeidet i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

13) \* I hvilken grad ble lærdom fra kurs, veiledningsamlinger og læringsnettverk i regi av pasientsikkerhetsprogrammet spredt?

- 1
- 2

- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

14) Eventuelle kommentarer knyttet til din virksomhets deltakelse på kurs og seminarer:

0/4000



#### Forbedringsarbeid

I det neste spørsmålet spør vi om forbedringsarbeid. Med forbedringsarbeid menes arbeidsmetodikken programmet bygger på, bl.a. hvordan jobbe med systematisk forbedringsarbeid, forbedringskunnskap og forbedringsmodellen (PSDA) for småskalatesting og regelmessige målinger.

15) \* I hvilken grad har forbedringsarbeid blitt benyttet som grunnlag for forbedringen av pasientsikkerheten i din avdeling?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

16) \* I hvilken grad mener du at medarbeidere i din virksomhet har kompetanse til å arbeide iht forbedringsmetodikken som ble benyttet i pasientsikkerhetsprogrammet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

17) Hvilke råd har du til andre som skal jobbe med forbedring av pasientsikkerheten?

0/4000



#### Arbeidsprosesser

Når du fyller ut de neste spørsmålene, ber vi om at gjør det ut fra dine erfaringer i den enheten/virksomheten du arbeider i til daglig.

Under følger noen spørsmål vi ber deg om å ta stilling til. For å svare på spørsmålene krysser du av på en gradert skala fra 1-5.

1 = "I svært liten grad"

5 = "I svært stor grad"

18) \* Arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet var organisert på en hensiktsmessig måte i min virksomhet

- Helt uenig
- Delvis uenig
- Verken enig eller uenig
- Delvis enig
- Helt enig
- Vet ikke

19) \* Hvilke innsatsområder arbeidet din enhet/virksomhet med i programperioden?

- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Forebygging av selvmord
- Forebygging av infeksjon ved SVK
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner

- Forebygging av utinveisinfeksjoner
- Ledelse av pasientsikkerhet
- Forebygging av underernæring
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand
- Tidlig oppdagelse av sepsis
- Forebygging av overdosedødsfall
- Trygg utskriving
- Vet ikke

20) \* Hvordan fungerte tiltakspakkene innenfor innsatsområdene? Dersom det ikke ble arbeidet med et innsatsområde haker du av for "ikke aktuelt"

						Vet	Ikke
	1	2	3	4	5	ikke	aktuelt
Samstemming av legemiddellister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riktig legemiddelbruk i sykehjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av selvmord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av infeksjon ved SVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av fall i helseinstitusjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av utinveisinfeksjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ledelse av pasientsikkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av underernæring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

						Vet	Ikke
	1	2	3	4	5	ikke	aktuelt
Forebygging av overdosedødsfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygg utskriving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21) \* I hvilken grad ble det gjennomført målinger på innsatsområdene i din virksomhet? Dersom det ikke ble arbeidet med innsatsområdet haker du av for "ikke aktuelt"

						Vet	Ikke
	1	2	3	4	5	ikke	aktuelt
Samstemming av legemiddellister	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riktig legemiddelbruk i sykehjem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av selvmord	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av infeksjon ved SVK	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av trykksår	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av fall i helseinstitusjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av utinveisinfeksjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ledelse av pasientsikkerhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av underernæring	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tidlig oppdagelse av sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Forebygging av overdosedødsfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygg utskriving	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



22) \* I hvilken grad opplevde dine ansatte i din virksomhet å ha utbytte av deltakelsen i læringsnettverk?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

23) \* Jeg opplever at det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten i min virksomhet

- Helt uenig
- Delvis uenig
- Verken enig eller uenig
- Delvis enig
- Helt enig
- Vet ikke

24) Eventuelle kommentarer på hvorfor/hvorfor ikke det er trygt å si ifra om forhold som truer pasientsikkerheten ved min virksomhet:

0/4000

25) I hvilken grad oppfattes arbeidet med pasientsikkerhetsarbeidet å være et ordinert linjeansvar i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

26) \* I hvilken grad har pasientsikkerhetsprogrammet bidratt til at pasientsikkerhet står høyt på dagsordenen i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

27) \* I hvilken grad opplever du at arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet har ført til endret atferd hos ledere og medarbeidere i din virksomhet?

	1	2	3	4	5	Vet ikke
Ledere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medarbeidere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28) \* I hvilken grad ble kunnskap om pasientsikkerhet og uønskede hendelser brukt til å systematisk forbedre pasientsikkerhet i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke

29) \* I hvilken grad involveres brukerne aktivt i pasientsikkerhetsarbeidet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Vet ikke

30) \* I hvilken grad har din virksomhet tatt i bruk pasientsikkerhetsprogrammets verktøy for brukermedvirkning

	1	2	3	4	5	Vet ikke
Bare spør!	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visittstolen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I pasientens fotspor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31) \* I hvilken grad opplever du at aktiviteter i regi av pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til å øke pasientsikkerheten i din virksomhet?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Vet ikke





**Åpne spørsmål**

**32) Hva er de viktigste resultatene av deltakelsen i pasientsikkerhetsprogrammet for din virksomhet?**

0/4000

**33) Hva opplevde du som de største hindringene med å jobbe med aktiviteter gjennom pasientsikkerhetsprogrammet?**

0/4000

**34) Eventuelle kommentarer:**

0/4000

Deloitte AS and Deloitte Advokatfirma AS are the Norwegian affiliates of Deloitte NSE LLP, a member firm of Deloitte Touche Tohmatsu Limited ("DTTL"), its network of member firms, and their related entities. DTTL and each of its member firms are legally separate and independent entities. DTTL (also referred to as "Deloitte Global") does not provide services to clients. Please see [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no) for a more detailed description of DTTL and its member firms.

Deloitte Norway conducts business through two legally separate and independent limited liability companies; Deloitte AS, providing audit, consulting, financial advisory and risk management services, and Deloitte Advokatfirma AS, providing tax and legal services.

Deloitte is a leading global provider of audit and assurance, consulting, financial advisory, risk advisory, tax and related services. Our network of member firms in more than 150 countries and territories serves four out of five Fortune Global 500® companies. Learn how Deloitte's approximately 286,000 people make an impact that matters at [www.deloitte.no](http://www.deloitte.no).

© 2019 Deloitte AS