



STYRESAK

Saksnr	Utvalg	Møtedato
91/2016	Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF	16.11.2016
Saksansvarlig: Einar Bugge		Saksbehandler: Einar Bugge

Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016

Innstilling til vedtak

Styret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF godkjenner rapporten *Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016* og ber direktøren følge opp de beskrevne tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen.

Bakgrunn

Styrebehandling og gjennomføring av *Ledelsens gjennomgang* av internkontrollen er et krav i oppdragsdokumentet. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) har etablert strukturer og prosesser for å oppnå et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom flere tilsyn, herunder fra Statens helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Ved disse tilsynene har imidlertid UNN også den senere tid fått avvik for manglende kjennskap til -og oppfølging av de etablerte systemene. Den informasjonen som ligger så vel i de avdekkede forholdene (avvik) i interne og eksterne revisjoner som i det interne avvikssystemet er svært verdifull. Det er behov for et vedvarende sterkt fokus på å sikre at dette i tilstrekkelig grad fører til læring og forbedring i hele organisasjonen.

Formål

Formålet med saken er å opplyse styret om ledelsens arbeid med å sikre at virksomhetens internkontroll fungerer etter hensikten, og at avvik blir fulgt opp på forsvarlig vis.

Saksutredning

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) arbeider langsiktig med å etablere og forbedre rutiner og prosesser som er nødvendige for å dokumentere et tilstrekkelig system for internkontroll. Kvalitetsutvalget og ledergruppen ser at utfordringen med ivaretagelsen av resultatdokumentasjon fra internkontrollaktiviteten gradvis er blitt noe bedre, men det er ytterligere forbedringspotensial. Gjennom Kvalitets- og utviklingscenteret arbeides det videre

med å bedre systematikk i hvordan aktivitetene i internkontrollen skal utføres, hvor og hvordan de skal dokumenteres, ikke minst med hvordan man skal bedre læring på tvers av enhetene i UNN.

I denne Ledelsens gjennomgang er det emnet *smittevern* som bidrar til å gi styret konkret informasjon om status for pasientsikkerhet i foretaket.

Styrende dokumenter

UNN har nå 20.988 dokumenter som inngår i kvalitetssystemet, som er en liten nedgang fra forrige tertial. Drøyt 5 % av dokumentene er ikke vedlikeholdt og revidert innen fristen. Det er viktig at innholdet i de enkelte dokumenter er av faglig god standard, ikke minst med tanke på kvalitet og pasientsikkerhet, og dermed for at UNN skal kunne leve opp til visjonen. UNN har fortsatt en utfordring med for mange parallelle og overlappende prosedyrer mellom enhetene. UNN har heller ikke et godt overordnet system for å innføre nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer i foretaket, som erstatning for lokale prosedyrer.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *styrende dokumenter*:

- Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider i første tertial 2017 sak til UNNs ledergruppe med forslag til ambisjonsnivå i forhold til rydding av og kontroll på prosedyrer i foretaket. Saken skal inkludere forslag til prosesser for å bidra til at prosedyrer er oppdatert, og for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer skal innføres i UNN.
- Tilbaketrekking av prosedyrer med overskredet dato gjennomføres som tidligere vedtatt, etter varsling til dem som har ansvar for prosedyrer.

Avviksbehandlingen

Etter en vesentlig økning i antall meldte avvik fra 2012 til 2015, er økningen nå mindre. Fra andre tertial 2015 til samme periode i år er økning i antall meldte avvik 14 %. Det er fortsatt økning i unike meldere. For første gang følger antall meldte pasienthendelser vanlige tertialvariasjoner, med noe nedgang i sommermånedene. Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med årsak «skriftlig prosedyre ikke fulgt» og «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. Dette tas i bruk fra kommende årsskifte. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. UNN har hittil ikke etablert noe system for å ha en egen, samlet oversikt over saker meldt til Statens helsetilsyn som særlig alvorlig hendelse (§3.3a saker).

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *avvik*:

- Utvikling og forbedring av avvikshåndtering og meldekultur følges opp i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon preget av kontinuerlig forbedring. Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider ledermøtesak som beskriver status i arbeidet og foreløpige tiltak i første tertial 2017. I tilknytning til denne saken skal det også diskuteres om det er for stort sprik mellom UNNs klinikker i forhold til prioritering av dedikerte ressurser til systematisk forbedringsarbeid.
- Kvalitets- og utviklingssenteret får ansvar for å etablere system for kontinuerlig registrering av §3.3a-meldinger (varsel om alvorlige hendelser) til Statens Helsetilsyn, slik at UNN har samlet oversikt over disse.

Interne revisjoner

Det er i andre tertial 2016 gjennomført to interne revisjoner i UNN. Det har vist seg utfordrende å få nødvendig bistand fra spesialister for å gjennomføre noen av de planlagte revisjoner, og disse er derfor utsatt.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området *interne revisjoner*:

- I rapporter fra interne revisjoner bes revisjonsteamet utarbeide sjekklister/tiltaksbeskrivelse for oppfølging, for å støtte prosessen med å lukke avvik i reviderte enheter og i andre enheter som har tilsvarende utfordringer.
- Kvalitets- og utviklingscenteret etablerer fast læringsløype etter interne revisjoner. Revisjonsrapport bør inneholde vurdering av påviste avvik i revidert enhet, samt risiko i andre enheter enn de reviderte. Rapportene legges frem for Kvalitetsutvalget, og videreformidles deretter til aktuelle klinikker/enheter.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 2. tertial 2016 er 31 dager som er lik saksbehandlingstid i 2. tertial 2015. Det er en økning i antall saker som har passert intern frist for saksbehandling på 35 dager. Saker fra Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) og klager fra pasient/pårørende er de saker som har lengst svartid fra avdelingene.

I behandling av denne ledelsens gjennomgang i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for området pasientsaker:

- Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er bedt om å beskrive tiltak for å sikre adekvat oppfølging av pasientklagesaker, inkludert tilsynssaker, innen frist. Tiltakene presenteres for Kvalitetsutvalget senest i løpet av januar 2017.
- Direktøren løfter frem betydningen av å svare på pasientklagesaker innen de frister som er satt og på korrekt måte i sine statusmøter for ledere.
- Stabsmøtet diskuterer om det er behov for mer systematisk opplæring i og/eller støttefunksjoner i arbeidet med å svare på pasientsaker.

Smittevern

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres resultater fra måling av postoperative sårinfeksjoner etter utvalgte kirurgiske inngrep i første tertial 2016. Samlet sett er utviklingen positiv over de siste årene, med færre dype (og dermed alvorlige) postoperative sårinfeksjoner. Det er i første tertial i år ikke registrert noen dype sårinfeksjoner etter innsetting av totale hofteproteser, etter by-pass operasjoner på hjerte eller etter tykktarmkirurgi i UNN. Med unntak av kirurgisk avdeling i UNN Narvik rapporteres det tilnærmet fullstendig fra UNN i disse NOIS-registreringene.

Det presenteres også på gjennomføring av smittevernvisitter, som viser at gjennomføringsgraden er høy i mange enheter, men at det fortsatt er enkelte enheter med for lav gjennomføringsgrad.

HMS¹ - Status i arbeidet med rapportering av brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML-brudd)

I denne *Ledelsens gjennomgang* presenteres tilgjengelige tall for AML-brudd i UNN. På klinikknivå er disse kommet frem gjennom manuell datavask, og kan derfor være heftet med feil. Det er et pågående arbeid å forbedre registrering og uttak av rapporter på dette området, slik at vi er sikre på at det som rapporteres er reelle brudd. Det er flere grunner til at derfor utvises varsomhet i bruken av materialet. Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varslers om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkel arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatte.

Tilfeller der dispensasjoner og lokale avtaler med fagforeninger ikke er registrert i arbeidsplansystemet vil generere varsel om brudd som ikke er faktiske brudd. I tillegg er arbeidsplansystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil imidlertid ved tilsyn kunne forklares ut fra fare for liv og helse.

Den klart hyppigst forekommende årsak til varsel om AML-brudd er brudd på *samlet arbeidstid pr. dag*, som også viser en økning på 23 % fra 2015 til 2016. Nest viktigste årsak er varsel om brudd på *regler om antall timer pr uke*, fulgt av *samlet tid pr. uke i snitt*, og *ukentlig arbeidsfri*. For de tre sistnevnte årsaker har det ikke vært vesentlig endring fra 2015 til 2016.

I behandling av denne *Ledelsens gjennomgang* i UNNs ledergruppe er følgende tiltak besluttet for HMS-området:

- Opplæring av ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd. Opplæringstilbudet skal spesielt rette seg mot enheter som har mange AML-brudd.
- Etablere samarbeidsarenaer på seksjons-/enhetsnivå mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste omkring arbeidstidsplanlegging og hvordan behov for overtid skal løses
- Følge opp arbeidet med redusere AML-brudd både i form av lederstøtte fra personalrådgiver og som tema på oppfølgingsmøter med klinikkene.

Medvirkning

Saken er forelagt brukerutvalgets arbeidsutvalg, ansattes organisasjoner og vernetjenesten samt arbeidsmiljøutvalget i egne innspills- og drøftingsmøter 31.10., 1.11. og 2.11.2016. Referat/protokoller fra disse møtene blir behandlet som egne referatsaker under styremøtet 16.11.2016.

¹ Helse-, miljø- og sikkerhetsforhold

Brukerutvalgets arbeidsutvalg ga innspill til utforming av rapporten med hensyn på bedre overensstemmelse mellom visuell fremstilling av resultater og den tekstlige oppfølgingen. For øvrig hadde utvalget fokus både på interne tidsfrister, smittevern og pakkeforløp.

Ansattes organisasjoner uttrykte fortsatt bekymring over at registreringspraksis knyttet til AML-brudd fortsatt ikke synliggjør det reelle bildet. De foreslo etablering av lokalt tilpassede møtearena til diskusjon av brudd- og arbeidsmiljøforhold.

AMU drøftet mulige årsaksforhold knyttet til AML-bruddene, og ba om at arbeidet med bedre registreringer intensiveres. Det ble opplyst at rapporten vil bli bedre tilpasset ny internkontrollforskrift og intern rapporteringspraksis.

For øvrig sluttet samtlige møter seg til at saken skulle fremmes for styret til sluttbehandling.

Vurdering

Arbeidet med å stadig forbedre UNNs internkontroll er en kontinuerlig prosess. UNN har systemer og prosesser som sammen skal sikre god internkontroll. Det er etablert en systematikk med datafangst og evaluering av virkningen av internkontroll og kvalitet. Dokumentasjon og synlighet av resultatene forbedres stadig noe. UNNs oppdragsdokument stiller krav om årlig gjennomgang av internkontrollen. Det er imidlertid direktørens oppfatning at tertialvise gjennomganger først med ledergruppe og deretter med styret er et viktig bidrag for å sikre at internkontrollen er hensiktsmessig og virkningsfull.

Hensikten med å gjennomgå internkontrollen er å avdekke områder for forbedring, og det er også i denne gjennomgangen i ledergruppen vedtatt tiltak for å bedre systemet på flere områder. Det viktigste i overordnet sammenheng er å videreføre og forsterke innsatsen med å utvikle UNN som en lærende organisasjon med et utrettelig fokus på kontinuerlig forbedring, som beskrevet i de foregående rapportene. Da er velfungerende systemer for avvikshåndtering og oppfølging etter tilsyn og revisjoner sentralt, og disse områdene er særlig i fokus i tiltakene som er vedtatt i behandling av denne ledelsens gjennomgang i ledergruppen. Det er i løpet av de siste månedene etablert et mer fast system for hvordan saker fra Pasientsikkerhetsutvalget tas videre til Kvalitetsutvalget for å løfte frem områder med risiko for svikt, og diskutere tiltak for å redusere risiko. Det gjennomføres også tiltak for å utvikle systemene for å spre kunnskap om slike forhold i organisasjonen.

Det pågår omfattende prosesser i oppfølging av Sivilombudsmannens rapport etter tilsyn i Psykisk helse- og rusklinikken, og i oppfølging av avvik i medikamenthåndtering i Medisinsk klinikk. I disse prosessene er det tett samarbeid mellom klinikkene og støtteressurser i Kvalitets- og utviklingssenteret, og det legges opp til at de erfaringer man her gjør skal brukes som grunnlag for å utvikle videre systemene for forbedring og læring i UNN.

Diskusjonen i direktørens ledergruppe rundt denne *Ledelsens gjennomgang* har ytterligere tydeliggjort at klinikkene i svært ulik grad har prioritert dedikerte ressurser til systematisk kvalitetsarbeid. Dette vil direktøren i følge opp i de kommende måneder med vurderinger av om det er grunn til å legge føringer for en mer lik tilnærming til dette.

Det er ikke tilfredsstillende at saksbehandlingstid for et økende antall pasientklagesaker passerer UNNs interne frist, og helt uakseptabelt at tilsynssaker ikke besvares innen frist. Dette følger direktøren direkte opp med aktuelle enheter, med en klar forventning om bedring.

I forhold til smittevern er det gledelig, ikke minst for pasientene, at antall dype infeksjoner etter flere kirurgiske inngrep er betydelig redusert de siste årene. Fokuset på systematisk arbeid med smittevern kontinueres, og direktøren forventer at enhver alvorlig infeksjon påført en pasient i UNN gjennomgås grundig med tanke på å ytterligere utvikle de forebyggende tiltak. Det er ikke tilfredsstillende at det fortsatt er enheter som ikke gjennomfører smittevernvisitter i tilstrekkelig grad.

UNN har i flere år foretatt *Ledelsens gjennomgang* tertialvis, med omtrent samme struktur som i den foreliggende rapporten. Regjeringen har helt nylig vedtatt ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Den nye forskriften erstatter nåværende forskrift om internkontroll i vår sektor fra kommende årsskifte. Kvalitets- og utviklingssenteret vil nøye gjennomgå den nye forskriften, og i første tertial foreslå eventuelle endringer i gjennomføringen av internkontrollen og *Ledelsens gjennomgang* for å sikre at dette gjøres i tråd med ny forskrift, og på en slik måte at det i størst mulig grad understøtter arbeidet med kontinuerlig forbedring i foretaket.

Tromsø, 4.11.2016

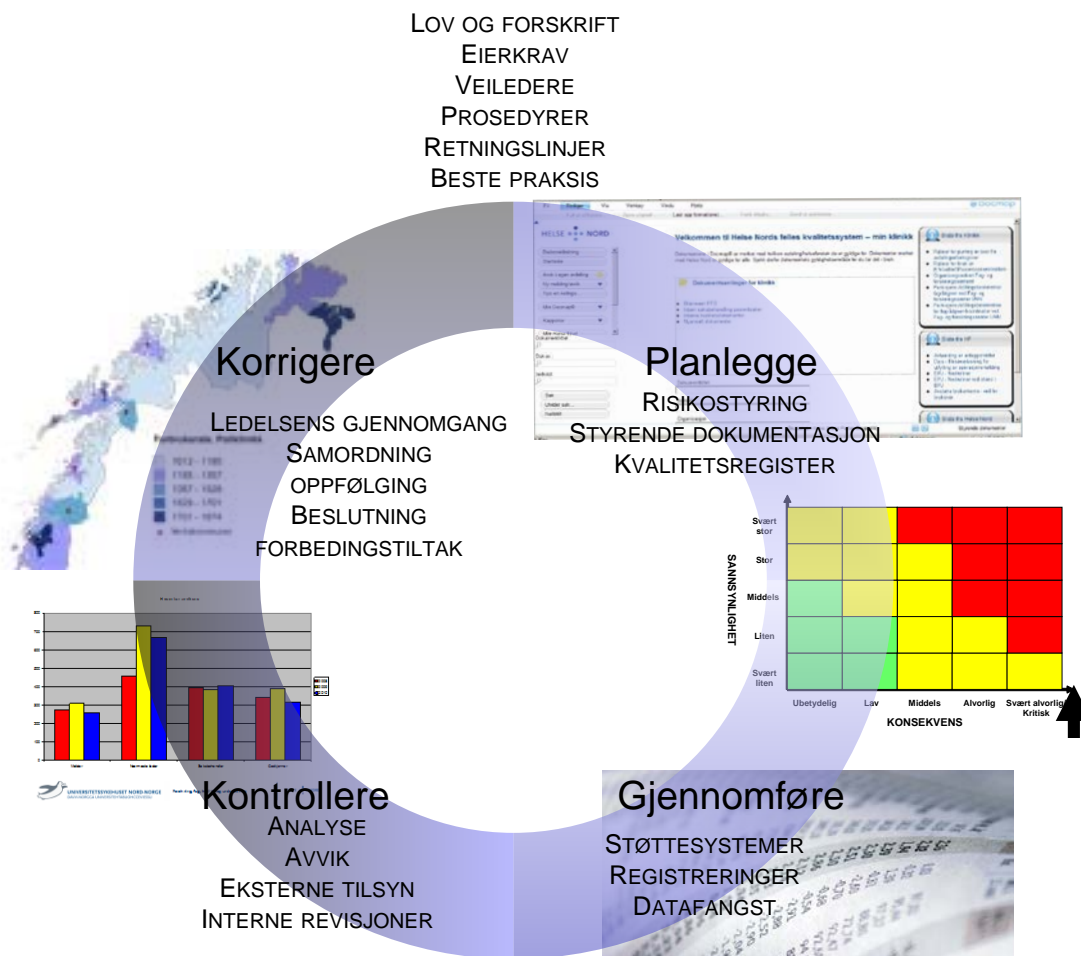
Tor Ingebrigtsen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Rapporten *Ledelsens gjennomgang - andre tertial 2016*

Ledelsens gjennomgang 2.tertial 2016

Styringshjul



Figur 1 Styringshjul for kvalitetsstyring (ISO)

Innhold

Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016.....	2
Formål	2
Sammendrag.....	3
Styrende dokumenter.....	4
Status dokumentvedlikehold	4
Vurdering	5
Tiltak dokumentstyring	5
Avviksbehandlingen.....	5
Meldeutvikling 2.tertial 2016.....	5
Hendelsestyper - Kategorier.....	6
Kategorier av meldte avvik	7
Årsaker til avvik.....	7
Pasienthendelser § 3.3 meldinger.....	8
Nasjonalt klassifikasjonssystem.....	9
Vurdering avvik.....	9
Tiltak avvik	10
Interne revisjoner.....	10
Tilsyn.....	12
Pasientsikkerhetsprogrammet.....	12
Pasientklagesaker	12
Vurdering pasientsaker.....	13
Tiltak pasientsaker.....	14
Smittevern	14
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner	14
Smittevernvisitter	22
Vurdering smittevern.....	24
Helse, Miljø og Sikkerhet.....	25
Varsel om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML).....	25
Tiltak AML brudd	27
HMS indikatorer i årsaksforhold avvik.....	27
Kvalitetskulturen i UNN	Feil! Bokmerke er ikke definert.
Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring	28

Ledelsens gjennomgang 2. tertial 2016

Formål

Ledelsens gjennomgang har som formål å synliggjøre virkningen av internkontrollen¹ (kvalitetssystemet²) i Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN) og undersøke og bedømme om systemet for internkontroll er tilstrekkelig, hensiktsmessig og virkningsfullt. Dersom det i gjennomgangen avdekkes mangler, skal ledelsen iverksette tiltak for å bedre virkningen av internkontrollen. UNN arbeider etter dokumenterte standarder for kvalitetsstyring (ISO, EFQM)³. Styringshjulet i fig 1. illustrerer aktivitetene som anbefales i standardene for å sikre en hensiktsmessig virkning av internkontrollen. Kvalitets- og utviklingscenteret har gjort en vurdering av de ulike elementene i internkontrollen for å sikre UNN et system som virker etter

¹ Internkontroll: Det styringssystem organisasjonen må ha for å sikre at lover og forskrifter følges.

² Kvalitetssystem: Det styringssystem som organisasjonen må ha for å sikre internkontroll og de selvpålagte krav (mål) til kvalitet.

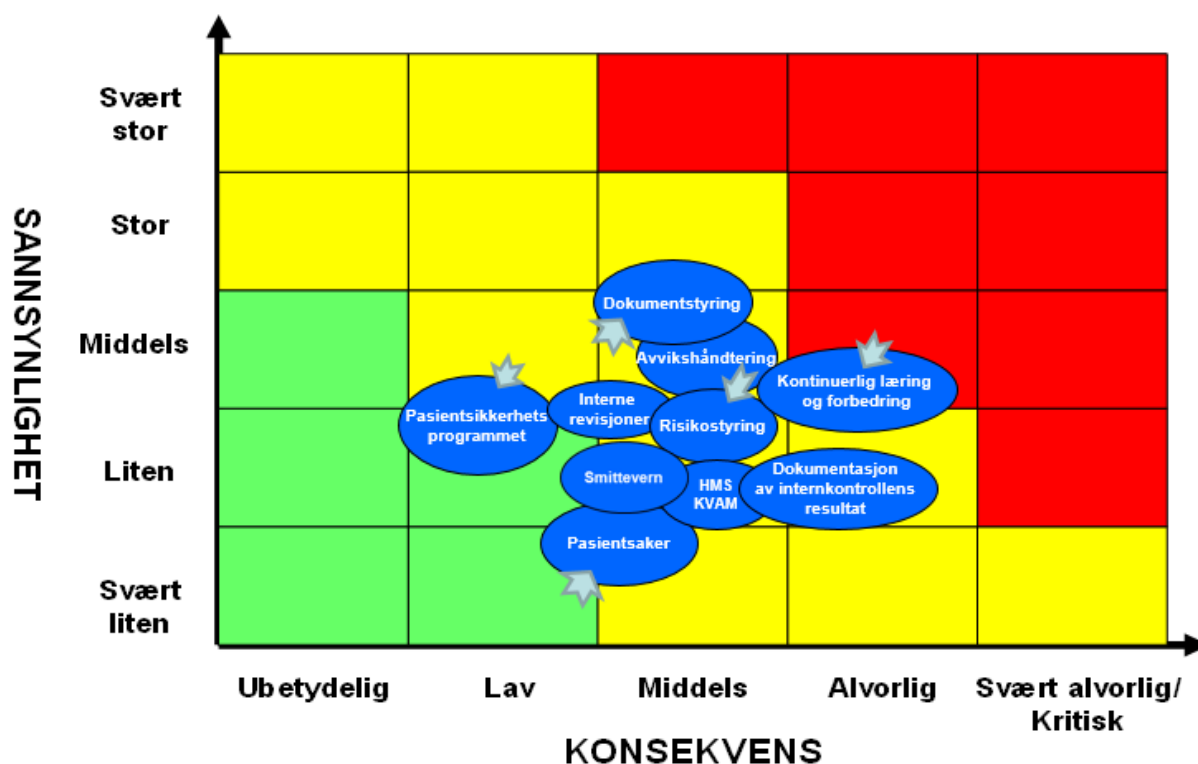
³ Kvalitets- og utviklingscenteret benytter kvalitetsstandarder som ISO 9001-2000, og European Foundation for Quality Management (EFQM) sin modell i systemoppbyggingen i UNN.

intensjonen. Denne rapporten er behandlet i UNNs ledergruppe før den forelegges styret i UNN.

Sammendrag

UNN har et vedvarende fokus på å etablere strukturer og prosesser som kreves for å ha et tilfredsstillende internkontrollsystem. Dette er blitt verifisert gjennom tilsyn fra blant annet Statens Helsetilsyn, Arbeidstilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. Imidlertid har det i økende grad blitt avdekket, blant annet i form av i form av avvik, at kjennskap til og oppfølging av de etablerte systemene ikke er på plass i tilstrekkelig grad. Alle klinikkene kan fortsatt ikke dokumentere tilstrekkelig virkning av internkontrollen på alle områder. Det har det siste tertialene vært bedring i resultatene av smittevernarbeidet. Risikostyring er vurdert som forbedret med at det blant annet har vært gjennomført klinikkvise opplæringer i risikostyring, og risikostyringen gjennomføres i tråd med krav i oppdragsdokumentet. Det er igangsatt et omfattende arbeid med å identifisere en rekke tiltak for å utvikle UNN som lærende organisasjon. I andre tertial 2016 er mandat for og sammensetning av Kvalitetsutvalg og Pasientsikkerhetsutvalg revidert, og endringene er under implementering. Det pågår også andre prosesser for å forbedre avvikshåndteringen i foretaket, med fokus særlig på læring. Det er fortsatt ytterligere forbedringspotensial på disse områdene. Det er fremgang i arbeidet med pasientsikkerhetsprogrammet. Det er en vedvarende utfordring med økende antall prosedyrer i Docmap, og saksbehandlingstid for pasientsaker har økt noe. Den samlede vurderingen er vist i fig. 2.

Figur 2 Risikovurdering av delementene i internkontrollen (kvalitetssystemet). Vurderingen baserer seg på i hvilken grad elementene bidrar til å redusere sannsynlighet/risiko for svikt i UNN.



Ledergruppen mottar denne rapporten som en samlet vurdering av kvalitetssystemet i UNN, og den følges opp med styresak om foretakets håndtering av rapporten. Det er verdt å merke seg at slike systemer aldri blir perfekt, men er gjenstand for kontinuerlig forbedring. Rapporten påpeker også denne gang noen systemsvakheter og områder for forbedring.

Grunnleggende prinsipper må være på plass og virksomme i hele organisasjonen, for at UNN skal ha et velfungerende kvalitetssystem. Hovedemnene i denne rapporten er disse grunnleggende prinsippene.

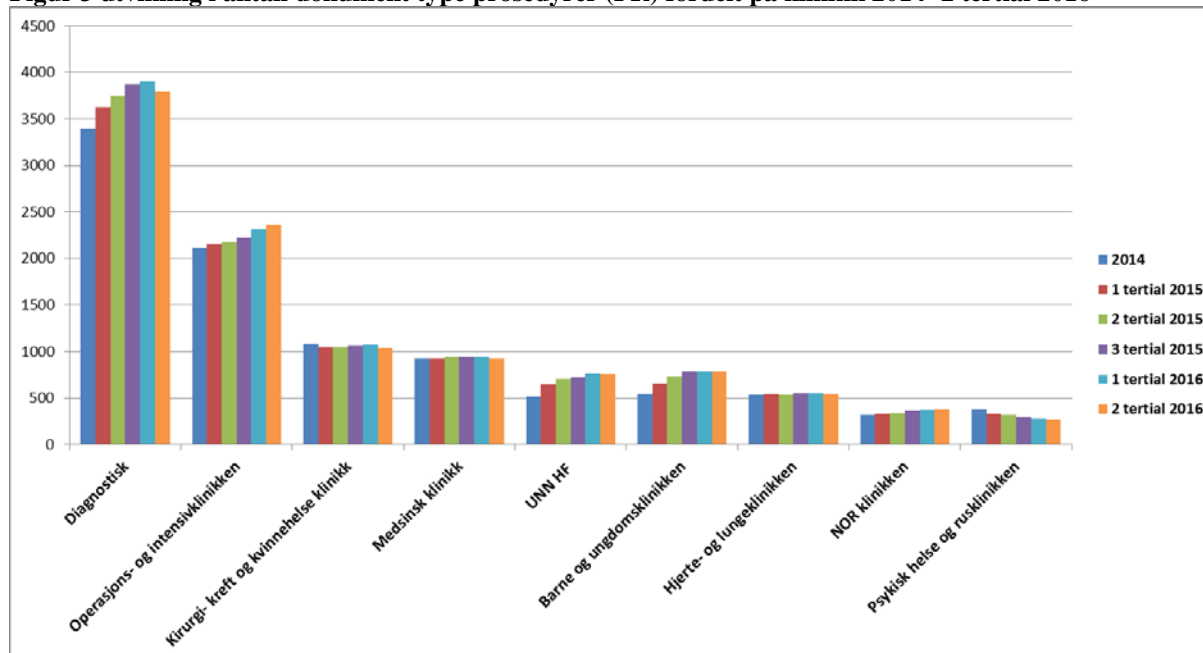
Styrende dokumenter

Status dokumentvedlikehold

Oppdatering av UNNs rutiner og prosedyrer er et viktig kvalitetsarbeid. Det registreres mellom 300 og 400 samtidige brukere i Docmap på dagtid. Økningen i antall samtidige brukere kan med stor grad av sikkerhet tilskrives at brukerne nå har automatisk pålogging i Docmap. Det er i snitt over 167.000 oppslag pr måned i prosedyresamlingene i Docmap pr 2. tertial 2016. Med utstrakt bruk av prosedyrer i Docmap er det viktig at innholdet er kvalitetssikret, oppdatert og gyldig.

UNN har nå 20988 dokumenter i Docmap, en liten nedgang på 87 dokumenter fra forrige tertial (21075). Av disse er det 1160 som skulle vært revidert pga. overskredet dato. Dette er en økning fra forrige tertial rapport (972 ved utgangen av 1. tertial 2016, fremgår ikke av figuren nedenfor). Målet er at alle dokumenter skal være revidert innen frist.

Figur 3 utvikling i antall dokument type prosedyrer (PR) fordelt på klinikk 2014- 2 tertial 2016



Økning av antall dokumenttype prosedyre i perioden 2014 til 2. tertial 2016 er i hovedsak på Diagnostisk klinikk og Barne- og ungdomsklinikken (medisinsk genetikk), Operasjons- og intensivklinikken og UNN på HF-nivå. Psykiisk helse- og rusklinikken har over hele tidsperioden en nedadgående tendens. NOR-klinikken har en svakt økende tendens, men har få prosedyrer i forhold til sitt store faglige ansvarsområde.

Vurdering

Antall prosedyrer i UNN er jevnt økende, og ulike prosesser som tidligere har vært forsøkt gjennomført har nok ikke ført til de ønskede resultater med mer samordnete prosedyrer, mindre «parallele» prosedyrer og innføring av nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer i foretaket. For å bidra til gjennomgang og rydding i klinikkens prosedyrer, har Kvalitetsavdelingen sendt ut lister til klinikkene over dokumenter som har overskredet revisjonsfrist, med varsel om at prosedyrer som ikke revideres innen en gitt frist vil bli trukket tilbake fra systemet. Dette arbeidet har ikke gått som forventet. Det har vært en utfordring å få tilbakemelding med vurdering i hvilken grad prosedyrene brukes og kvalitetsavdelingen har dermed funnet det vanskelig å gjennomføre tilbaketrekingen. Det er stor variasjon i antall prosedyrer mellom klinikkene, og noen klinikker med mange spesialiteter har få prosedyrer. En medvirkende årsak kan være at fagmiljøene brukes nasjonale/andre prosedyresamlinger tilgjengelig elektronisk, og at disse er samlet i en felles lenke i Docmap. Dermed blir mange prosedyrer til bare ett dokument i Docmap.

Tiltak dokumentstyring

- Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider i første tertial 2017 sak til UNNs ledergruppe med forslag til ambisjonsnivå i forhold til rydding av og kontroll på prosedyrer i foretaket. Saken skal inkludere forslag til prosesser for å bidra til at prosedyrer er oppdatert, og for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer skal innføres i UNN.
- Tilbaketreking av prosedyrer med overskredet dato gjennomføres som tidligere vedtatt, etter varslings til dem som har ansvar for prosedyren.

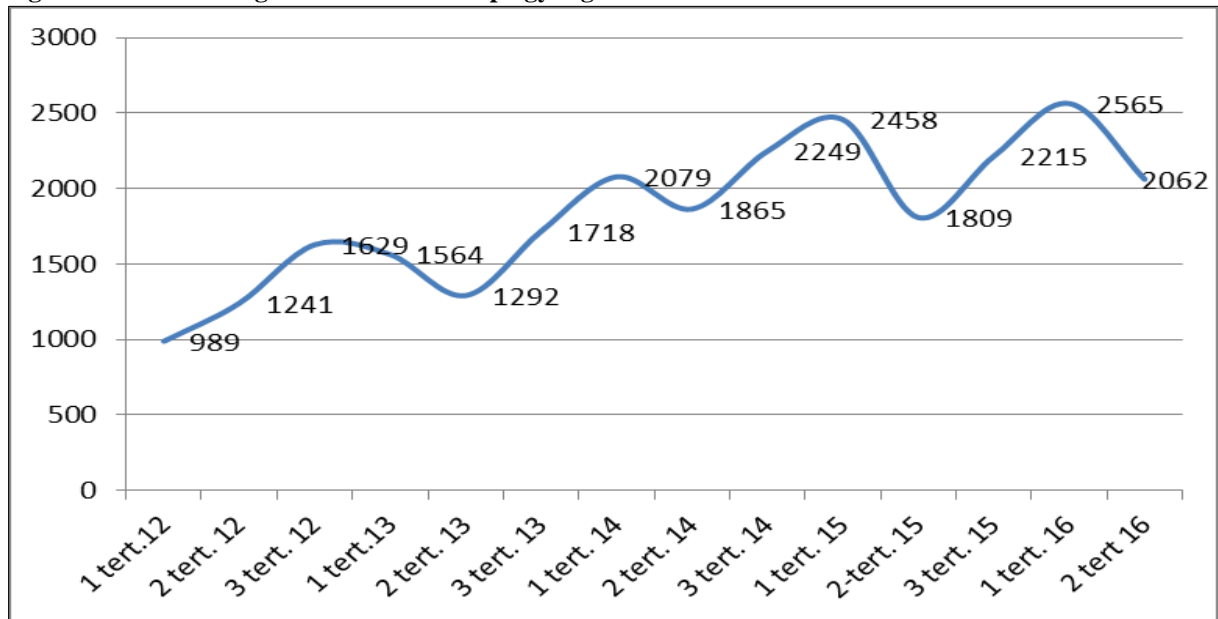
Avviksbehandlingen

Uttrekk er tatt ca. 1 måned etter avslutning av hvert tertial. De endringer, saksbehandling og etterregistreringer som kommer etter at uttrekket er gjort, kommer ikke med i statistikken

Meldeutvikling 2.tertial 2016

Ved direkte uttrekk av databasen fremkommer at det er registrert 2062 avvik pr 2. tertial 2016 mot 1809 avvik pr 2. tertial 2015, som tilsvarer en økning på 14 %. Det er registrert 996 unike meldere 2.tertial 2016 mot 858 i 2. tertial 2015.

Figur 4 Meldeutvikling i UNN HF uttrekk på gyldighetsområde



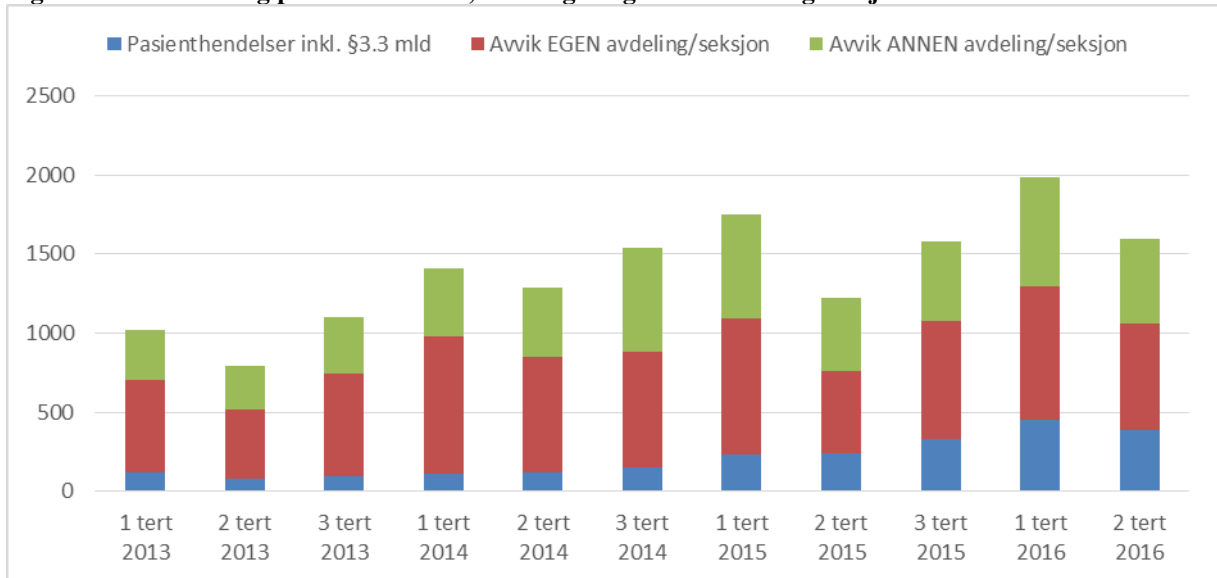
Hendelsestyper - Kategorier

Det er registrert ⁴ 2075 avvik klassifisert på hendelsestype i Docmap i 2. tertial 2016. Årsak til forskjell i antall avvik registrert og antall avvik registrert på hendelsestype er at noen hendelser blir registrert som hendelse og hendelsestype, noen avvik ikke har klassifisering og noen avvik er ikke ferdig saksbehandlet og har derfor ikke registrert hendelsestyper.

I tallene for avvikstypene pasienthendelser (inkludert §3.3 meldinger), avvik egen enhet og avvik annen avdeling/seksjon ses klare trender. Det har vært en tydelig vridning mot at en større del av avvik egen avdeling nå meldes som pasienthendelse. Økningen i pasienthendelser viser at det i større grad meldes hendelser direkte knyttet til pasienter og pasientbehandling. Det er en jevn økning av meldte pasienthendelser. For første gang ser vi nå at antall meldte pasienthendelser sammenfaller med vanlige tertialvariasjoner (se figur 5 og 8).

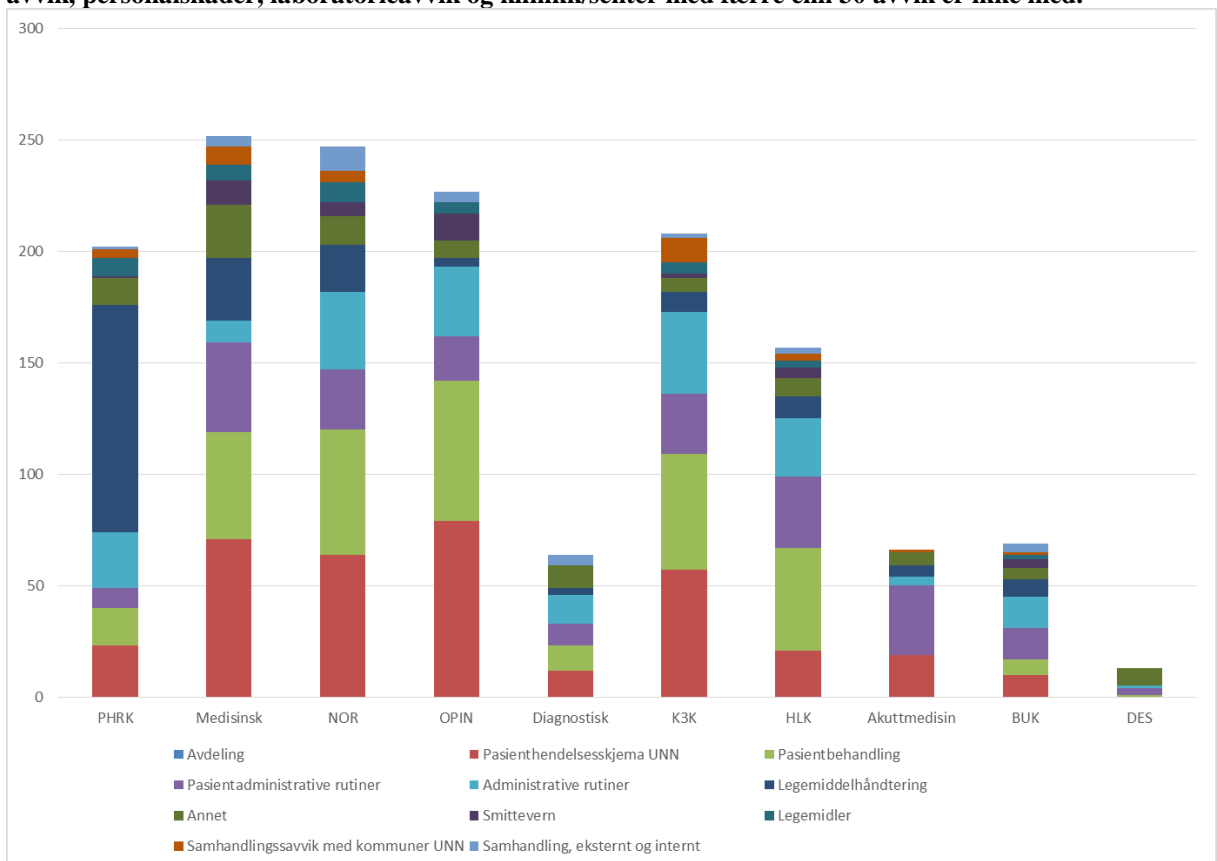
⁴ Hendelsestyper relatert til faglig virksomhet i laboratorier er 203 og disse håndteres særskilt av laboratoriene. Samhandlingsavvik, pasienthendelser, forbedringsforslag, svikt i elektromedisinsk utstyr, personalskader, avvik byggeprosjekt og strålevernavvik er talt som egne kategorier og med i statistikk.

Figur 5 Meldeutvikling pasienthendelser, avvik egen og annen avdeling/seksjon



Kategorier av meldte avvik

Figur 6 Kategorier avvik meldt 1.tertial 2016 fordelt på klinikk/senter. Kategorier med færre enn 30 avvik, personalskader, laboratorieavvik og klinikk/senter med færre enn 30 avvik er ikke med.

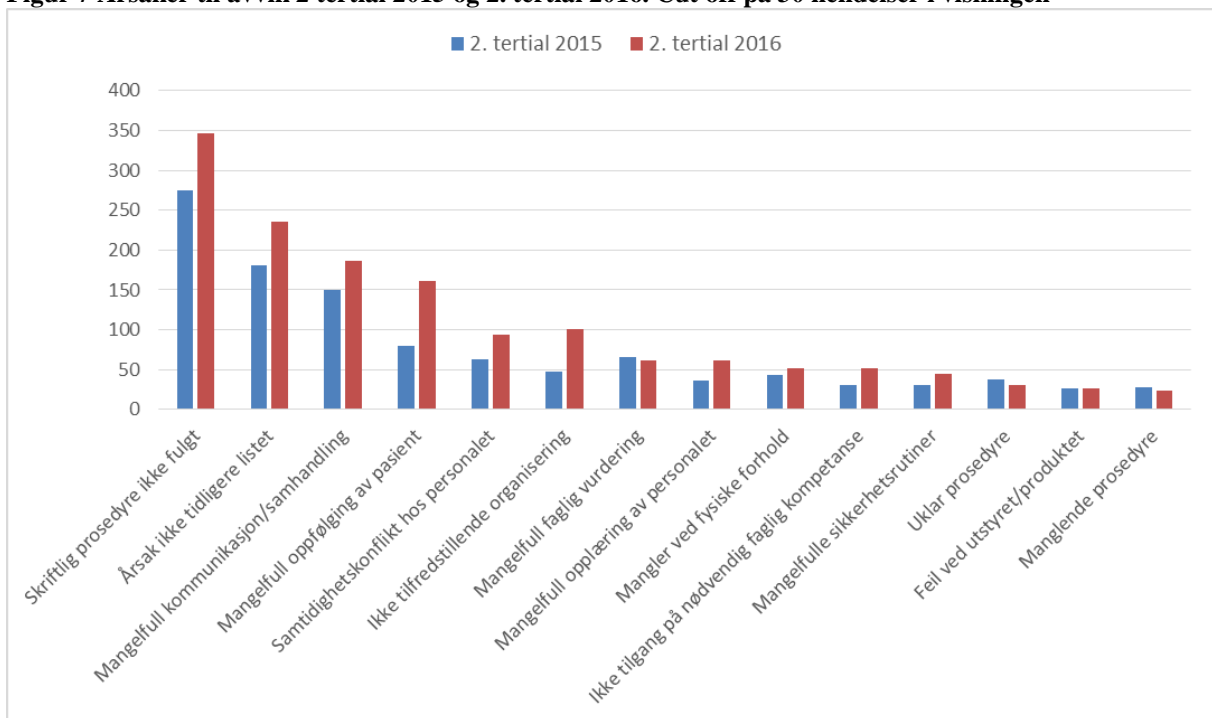


Årsaker til avvik

I figur under er angitte årsaker på avvik for 2. tertial 2015 og 2. tertial 2016 sammenstilt. Det er også i 2. tertial 2016 avvik som ikke er ferdig saksbehandlet og derfor ikke kommer med i

uttrekket. «Skriftlig prosedyre ikke fulgt» og årsak ikke tidligere listet» er, som tidligere, de hyppigste årsaker til avvik.

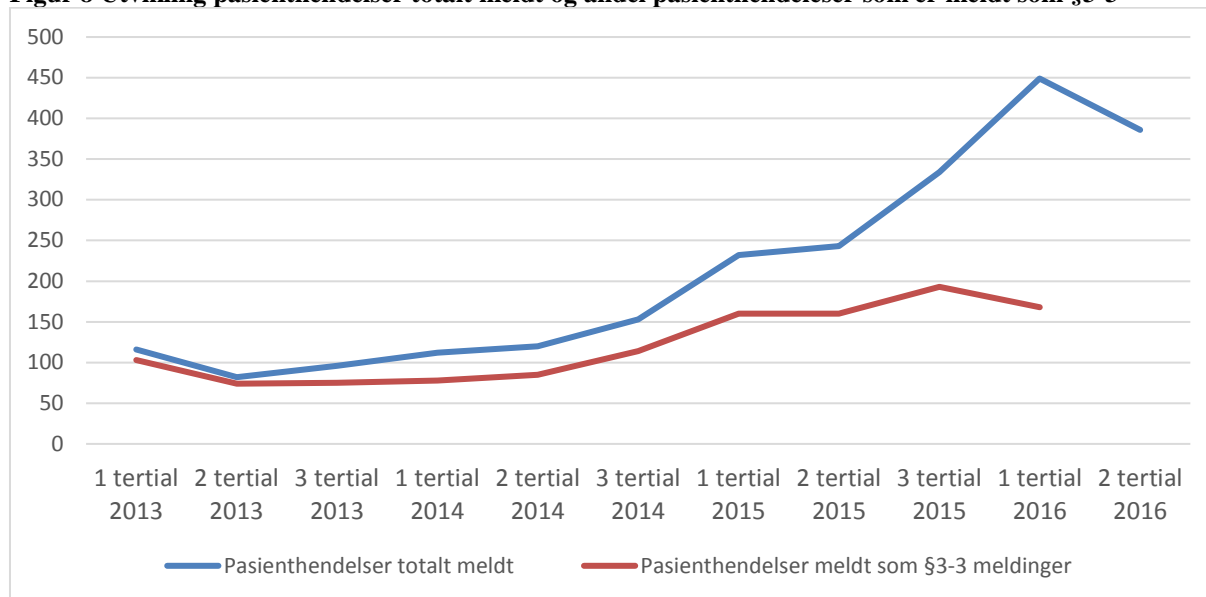
Figur 7 Årsaker til avvik 2 tertial 2015 og 2. tertial 2016. Cut off på 30 hendelser i visningen



Pasienthendelser § 3.3 meldinger

Det er i 2. tertial 2016 foreløpig meldt 93 pasienthendelser mot 160 i 2. tertial 2015 til Helsedirektoratet etter §3-3, dvs. hendelser som har ført til eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Nesten alle pasienthendelser, ikke bare de som meldes til Helsedirektoratet ved meldeordningen, gjennomgås i Pasientsikkerhetsutvalget. UNN har i 2. tertial 2016 ikke publisert anonymiserte § 3.3 meldinger på www.unn.no.

I figur 8 er avvik i form av pasienthendelser fremstilt, både totalt og antall §3.3-meldinger. For 2. tertial 2016 er imidlertid ikke §3-3-meldinger tatt med. Dette skyldes at 50 % av alle pasienthendelser meldt i dette tertiale ikke er avsluttet/lukket. Det er mulig å sende §3-3 melding til Helsedirektoratet på alle saksbehandlingsledd og dermed må sakene avsluttes før vi kan måle antall §3-3 meldinger.

Figur 8 Utvikling pasienthendelser totalt meldt og andel pasienthendelser som er meldt som §3-3

I 2. tertial 2016 er årsak «mangelfull oppfølging av pasient», «årsak ikke tidligere listet» og «skriftlig rutine ikke fulgt» fortsatt de hyppigste årsaker angitt i §3.3-meldingene.

Nasjonalt klassifikasjonssystem

Helse- og omsorgsdepartementet har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, hatt ansvaret for å utarbeide felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser. Sluttrapport «Felles nasjonalt klassifiseringssystem for uønskede hendelser» er sendt til HOD.

I Helse Nord er det igangsatt arbeid med å implementere de nye klassifikasjoner i Docmap. Det har vært et mål å få iverksatt endringen senest i løpet av 2. tertial 2016. Imidlertid er det med utgangspunkt i rapporteringer og mulighet til å konvertering av databasen, Denne endring vil etter all sannsynlighet gi en bedret kategorisering og årsaksvurdering av pasienthendelser, som igjen vil gi et bedre grunnlag for analyse av pasienthendelser.

Vurdering avvik

Etter en vesentlig økning i antall meldte avvik fra 2012 til 2015, er økningen nå mindre. Fra andre tertial 2015 til samme periode i år er økning i antall meldte avvik 14 %. Det er fortsatt økning i unike meldere. For første gang ser vi at antall meldt pasienthendelser følger vanlige tertialvariasjoner, med noe nedgang i sommermånedene. Det har i mange sammenhenger og i mange enheter i UNN vært satt økt fokus på melding og oppfølging av avvik. Økningen av meldte avvik anses å være uttrykk for en bedret meldekultur, heller enn noen reell økning i antall hendelser. Det er likevel sannsynlig at det fortsatt meldes for få komplikasjoner i tilknytning til pasientbehandlingen, og særlig avvik klassifisert som «kjent, men sjelden komplikasjon» forventes fortsatt at bør øke som følge av en ytterligere bedret meldekultur. Det er utfordrende å få oversikt over HMS-/arbeidsmiljørelaterte avvik, men vi ser at det ofte er sammenheng mellom pasienthendelser og arbeidsmiljørelaterte forhold. Organisasjonen har også en utfordring i å sikre god samhandling på avvik som meldes og skal behandles på tvers av fagansvar og ledelseslinjer.

Systemer rundt oppfølging av avvik, både fra avvikssystemet, fra tilsyn og fra interne og eksterne revisjoner, er under utvikling som ledd i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende

organisasjon med fokus på kontinuerlig forbedring. Det er etablert en systematikk for å følge opp viktige avvik i Kvalitetsutvalget etter at de er behandlet i Pasientsikkerhetsutvalget (PSU); særlig der PSU ser at det kommer flere viktige avvik innenfor lignende områder som uttrykk for risiko blir disse samlet opp og tatt videre i Kvalitetsutvalget for å diskutere tiltak og fremme læring på tvers i organisasjonen.

Fortsatt klassifiseres en stor andel av pasienthendelser med «årsak ikke tidligere listet». Nytt nasjonalt klassifikasjonssystem i skjema for pasienthendelse forventes å bidra til at det blir enklere å nyttiggjøre avviksmeldinger i kvalitetsarbeidet. UNN har en stor database med hendelser som kan og bør brukes i systematisk forbedringsarbeid i klinikkene. Det er imidlertid et stort behov for å utvikle et avvikssystem som har bedre søkefunksjon og som i større grad gir støtte for «mønstergjenkjenning» i avviksmeldinger for å avdekke risiko.

Tiltak avvik

- Utvikling og forbedring av avvikhåndtering og meldekultur følges opp i arbeidet med å utvikle UNN som en lærende organisasjon preget av kontinuerlig forbedring. Kvalitets- og utviklingssenteret utarbeider ledermøtesak som beskriver status i arbeidet og foreløpige tiltak i første tertial 2017. I tilknytning til denne saken skal det også diskuteres om det er for stort sprik mellom UNNs klinikker i forhold til prioritering av dedikerte ressurser til systematisk forbedringsarbeid.
- Kvalitets- og utviklingssenteret får ansvar for å etablere system for kontinuerlig registrering av §3.3a-meldinger (varsel om alvorlige hendelser) til Statens Helsetilsyn, slik at UNN har samlet oversikt over disse.

Interne revisjoner

Det utarbeides en årlig intern revisjonsplan på bakgrunn av tilsyn, hendelser, risikovurderinger og bestilling fra direktørens ledergruppe, AMU og Kvalitetsutvalget. Revisjonsplanen besluttet av direktørens ledergruppe. Kvalitets- og utviklingssenteret gjennomfører revisjonene i samarbeid med relevante fagmiljøer. Nedenstående tabell viser oversikt over gjennomføringsgrad av planlagte interne revisjoner i 2017.

Tabell 1 oversikt alle internrevisjoner og gjennomførte internrevisjoner pr 1 tertial 2016.

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
Helselovgivning/ FAG/ Ledelse						
Europeisk hodestudie: FAS nr 730 – «Center TBI = Collaborative European Neurotrauma Effectiveness Research in TBI” (traumatic brain injury)	X			Operasjons- og intensiv-klinikken 26.5. 2016	0	Gjennomført
Etterlevelse av nye retningslinjer for vurdering, behandling og overflytting til UNN Tromsø av barn (0-15 år) med akutte kirurgiske problemstillinger	X				1 avvik	Gjennomført
Gjennomgang av prosjektoversikten i Eutro og FAS Helsefak og UNN skal årlig gå gjennom prosjektene som er registrert i Eutro og FAS. Gjennomgangen skal utføres av Seksjon for forskningstjenester på Helsefak og av Klinisk Forskningsavdeling på UNN.	X					Gjennomført som postal revisjon.

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
Etterlevelse av infeksjonskontrollprogrammet med fokus på opplæring i smittevern behandling. Tiltak etter Fylkesmannens tilsyn som fant avvik fra god praksis ved injeksjon av Botox. (Opplæring i smittevern)			X			Under planlegging
Nasjonalt Kvalitetsregister Myndighetskrav			X	UNN HF		Under planlegging
Håndtering av humane celler og vev, oppfølging etter tilsyn av Statens helsetilsyn. (Sak 13/5355)			X	Lab. Medisin, K3K, NOR Klinikken,		Utgår pga sammenfallende tilsyn fra Statens Helsetilsyn 17. – 20. oktober (håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon)
Gjennomføring av Pasientsikkerhetsprogrammet, revisjon av et par enheter			X			Under planlegging
Oppfølging av tidligere intern revisjon på blodbanken / transfusjonsrutiner på avdelingene			X	UNN-HF- Blodbanken	1 avvik	Gjennomført
Håndtering av henvisninger og viderehenvisninger og revisjon av ny Pasient og brukerrettighetslov med fokus på opplæring og etterlevelse, prioriterer legene likt?			X			Utsatt til 3 tertial da klinikkene trengte litt mer tid/få erfaring med arbeidsflyten ved håndtering av henvisninger og viderehenvisninger.
Etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus		X		Medisinsk klinikk		Under planlegging Mangler fagrevisor utsjekk av kapasitet pågår.
Behandling av proteseinfeksjoner ved ortopedisk avdeling			X			Under planlegging Mangler fagrevisor utsjekk av kapasitet pågår.
Bruk av Docmap i prosedyresammenheng			X	NOR klinikken		Under planlegging, intensjon gjennomføring i desember
Helse, miljø og sikkerhet						
Revisjoner i forkant av neste revisjon på UNNs miljøsertifisering (DNV)		X				Saken utgår- erstattes med Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen
KVAM-gruppenes oppfølging av MU, nærvær- og sykefraværarbeid mm.		X		Hjerte- lunge karkirurgisk avdeling Avd. sør Kirurgisk avdeling Harstad	7 avvik fordelt på 3 enheter	Gjennomført
<u>Oppfølging av handlingsplan for kjemikaliesatsingen vedtatt i KU.</u> Gjennomføre 6 minirevisjoner etter modell fra smittevernvisitten			X	Narvik –teknisk seksjon og Laboratoriemedisin Narvik RTG tromsø Ambulanse seksjon Harstad Maskinverksted Åsgård K3K poliklinikker		Arbeidet er begynt – første gjennomføring av revisjon 20 oktober.

Tema – Revisjoner planlagt 2016	Tertial			Sted	Antall avvik	Gjennomført
	1	2	3			
Kvalitetsikring i bruk av medisinsk-teknisk utstyr						
Opplæring i MTU oppfølging av pålegg fra DSB	X	X	X	1.tertial Nyfødt intensiv 2.tertial ortopedisk avdeling	1 avvik	Gjennomført 1 tertial 2 tertial avsluttet pga manglende dokumentasjon. Avvik gitt til avdelingen.
Lean prosjekter						
Internrevisjon pakkeforløp Det vises til beslutning i sak 41.15 i Kvalitetsutvalget 24.11.15 På bakgrunn av forslag fra Kvalitetsavdelingen besluttet det at følgende forløp revideres. 1) Hode-Hals kreft. NOR klinikken 2) Prostatakreft. K3K. 3) Livmorkreft K3K			X	1) ØNH avd 2) Gyn/Uro avdeling 3) Gyn/Uro avdeling (+ DK, OPIN)		Under planlegging

Tiltak interne revisjoner

- I rapporter fra interne revisjoner bes revisjonsteamet utarbeide sjekkliste/tiltaksbeskrivelse for oppfølging, for å støtte prosessen med å lukke avvik i reviderte enheter og i andre enheter som har tilsvarende utfordringer.
- Kvalitets- og utviklingscenteret etablerer fast læringsløype etter interne revisjoner. Rapport bør inneholde vurdering av påviste avvik i revidert enhet, samt risiko i andre enheter enn de reviderte. Rapportene legges frem for Kvalitetsutvalget, og videreformidles deretter til aktuelle klinikker/enheter.

Tilsyn

Resultater av, og oppfølging etter, tilsyn behandles i egne rapporter til Kvalitetsutvalget og styret, og beskrives derfor ikke i ledelsens gjennomgang.

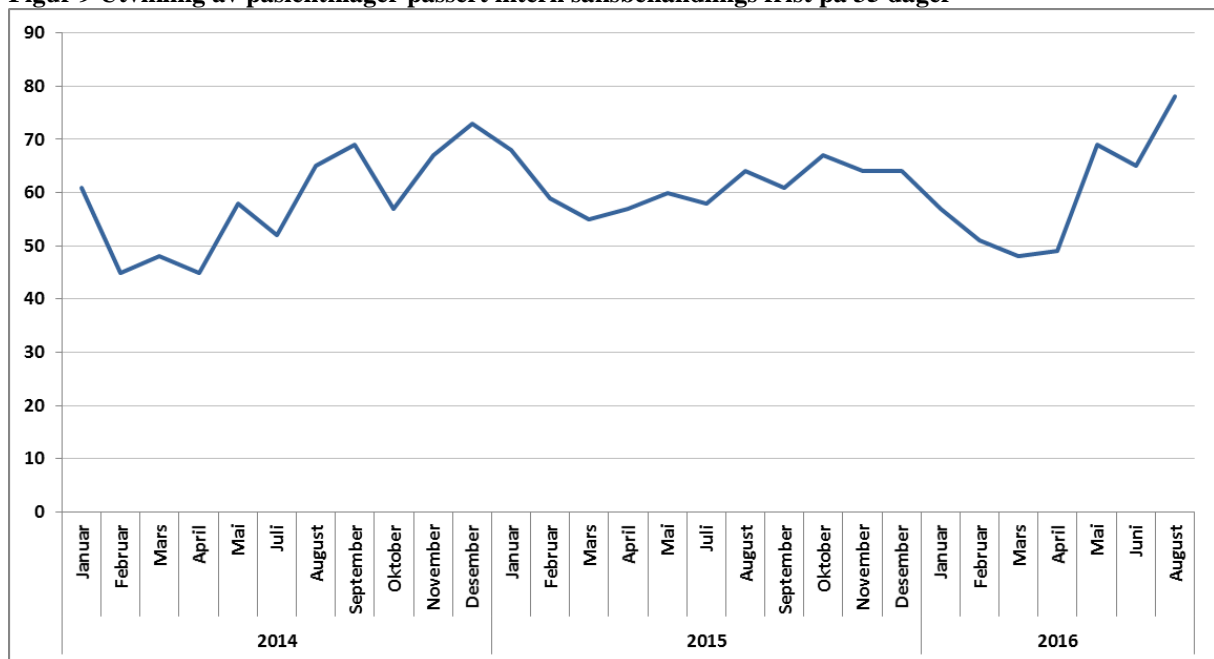
Pasientsikkerhetsprogrammet

Gjennomføring av programmet diskuteres fortløpende i Kvalitetsutvalget og rapporteres i de månedlige Kvalitets- og virksomhetsrapporter til ledergruppe og UNN-styret, og omtales derfor ikke nærmere i ledelsens gjennomgang.

Pasientklagesaker

Median saksbehandlingstid på pasientsaker 2. tertial 2016 er 31 dager som er lik saksbehandlingstid i 2. tertial 2015. Saker vedrørende journalinnsyn/kopi, NAV, interne pasientskader meldt i Docmap og kategorier journalinnsyn og spesialisterklæringer er ikke tatt med.

Klager fra Pasient- og brukerombud, Helsetilsynet og NPE er de saker som har lengst svartid fra avdelingene. Klinikkerne har ansvar for å svare ut klagesaker og henvendelser innen frist. Lang saksbehandlingstid kan medføre at pasienter klager til Pasientombudet, Helsetilsynet og i noen grad til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) før de får svar fra UNN.

Figur 9 Utvikling av pasientklager passert intern saksbehandlings frist på 35 dager

Figuren over viser en sammenstilling av månedlige lister av saker over frist, som sendes ut til klinikkene.

Det har det siste tertiale vært en økning antall saker som har passert intern frist på 35 dager.

Tabell 2 NPE saker i 2. tertial 2016 med brutt intern og NPE tidsfrist fordelt på klinikk

Klinikker	Antall NPE saker totalt 2.tertial 2016	Antall NPE passert intern frist 35 dager	Antall saker passert NPE frist 56 dager
Akuttmedisinsk klinikk	1	0	0
Barne- og ungdomsklinikken	1	0	0
Diagnostisk klinikk	2	0	0
Hjerte- og lungeklinikken	2	1	0
Kirurgi, kreft- og kvinneklinikken	25	12	5
Longyearbyen	1	1	0
Medisinsk klinikk	2	1	1
NOR klinikken	28	13	6
Operasjon- og intensivklinikk	1	1	0
Psykisk helse- og rusklinikken	5	3	1

Mange klinikker har fortsatt utfordring å få til saksbehandlingstid innenfor intern frist som er 35 dager og NPE frist som er 56 dager. Dette gjelder også for klinikker som mottar få saker.

Vurdering pasientsaker

Det er økende saksbehandlingstid for pasientklagesaker, og det er mange NPE-saker, og også tilsynssaker og andre henvendelser, som ikke besvares innen de frister som er satt. Dette medfører økt byråkratisering med purringer og eskalering av saker, og det kan medføre at saker behandles blant annet i NPE uten at behandlingsstedets uttalelse foreligger.

Tiltak pasientsaker

- Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken og Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken er bedt om å beskrive tiltak for å sikre adekvat oppfølging av pasientklagesaker, inkludert tilsynssaker, innen frist. Tiltakene presenteres for Kvalitetsutvalget senest i løpet av januar 2017.
- Direktøren løfter frem betydningen av å svare på pasientklagesaker innen de frister som er satt og på korrekt måte i sine statusmøter for ledere.
- Stabsmøtet diskuterer om det er behov for mer systematisk opplæring i og/eller støttefunksjoner i arbeidet med å svare på pasientsaker.

Smittevern

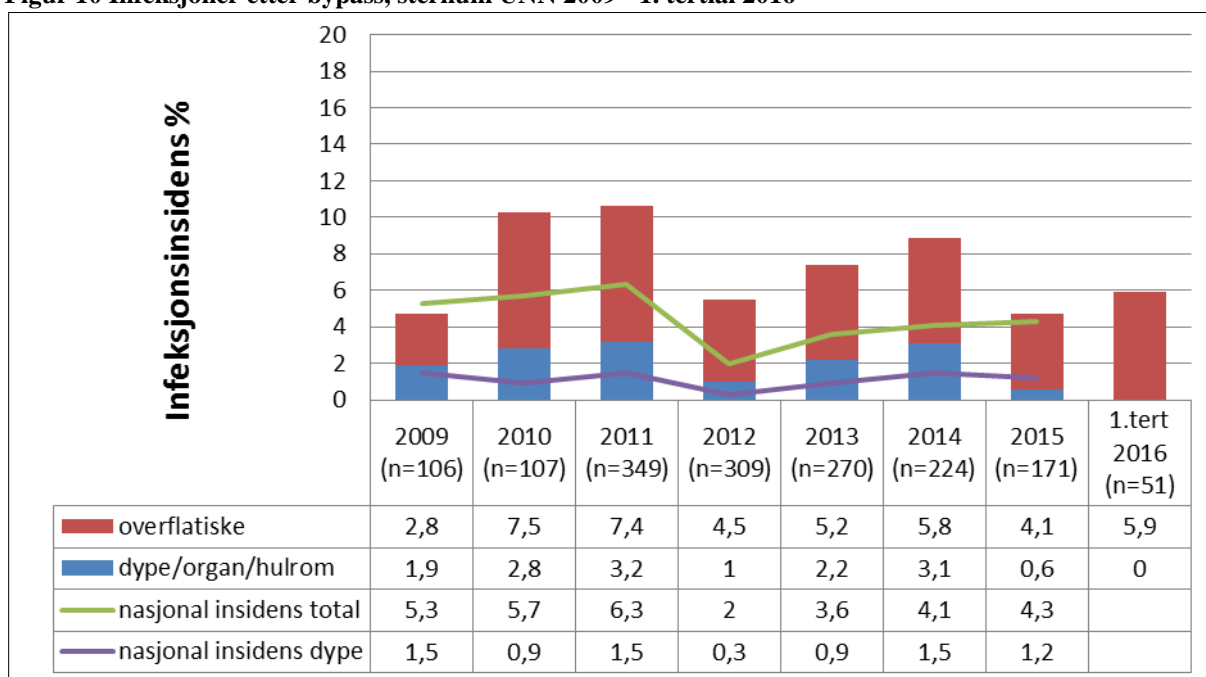
NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner

NOIS - insidensregistrering av sårinfeksjoner etter inngrepene aortakoronarbypass, keisersnitt, innsetting av proteser i hofteladd, kolecystektomi og koloninngrep.

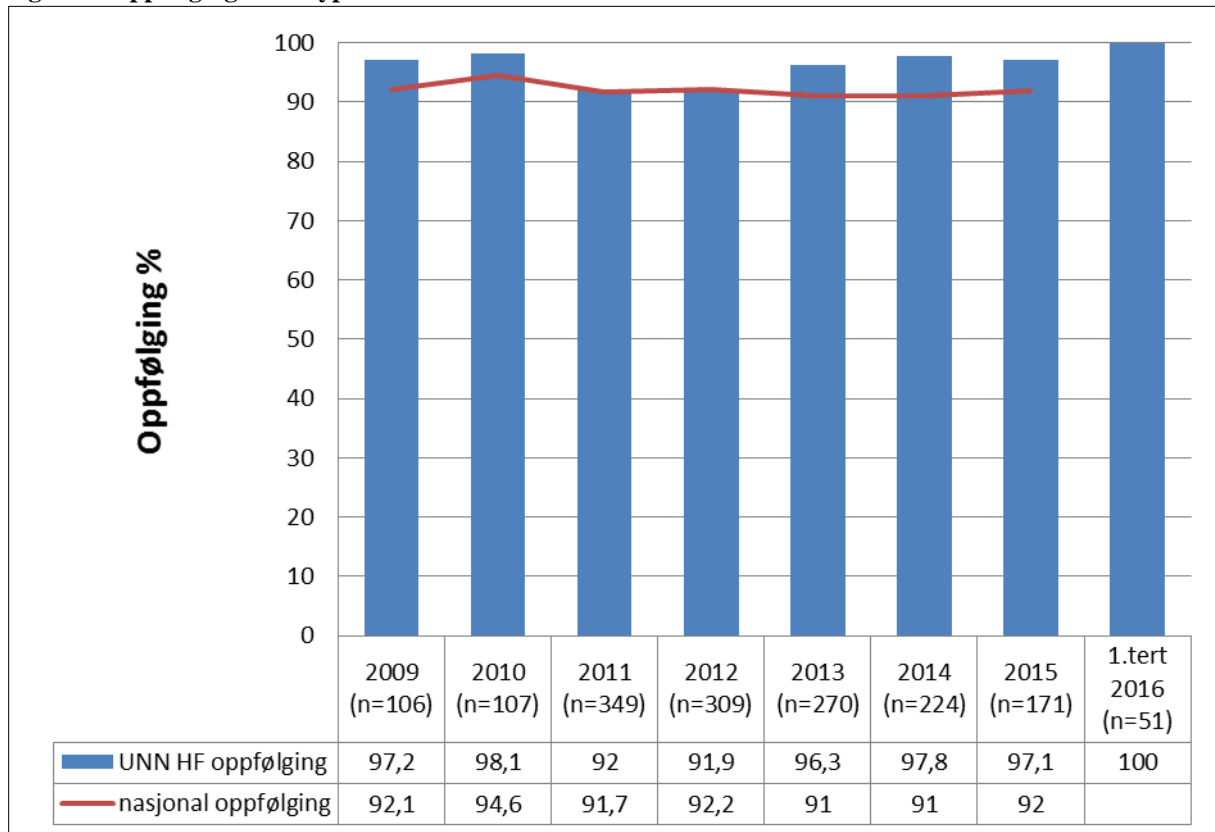
Frist for innlevering av NOIS-resultater for 1.tertial 2016 var 1.september. UNN har i perioden ingen dype infeksjoner for aortakoronare bypass, totalproteser hofte eller kolonkirurgi. Det er så å si uendret mtp dype infeksjoner for hemiproteser hofte. Keisersnitt har en liten økning i dype infeksjoner. Hjerte/lunge/karkirurgisk avdeling har gjort en rekke tiltak på bakgrunn av tidligere NOIS-tall og har blant annet sett på bekledning/adferd/renhold på operasjonsstuen, i tillegg til et nystartet dekoloniseringsprosjekt. Kvinneklinikken hadde i 2013 en grundig gjennomgang av keisersnitt basert på høye NOIS-tall. Enheten vil nå bruke tid på å se nærmere på årsaker til siste økning av infeksjoner.

Narvik ikke har levert tall for hofter, galleblærefjernelser (kolecystektomier) og tykktarminngrep siden desember 2014. Nasjonale tall for 1.tertial 2016 foreligger ikke ennå.

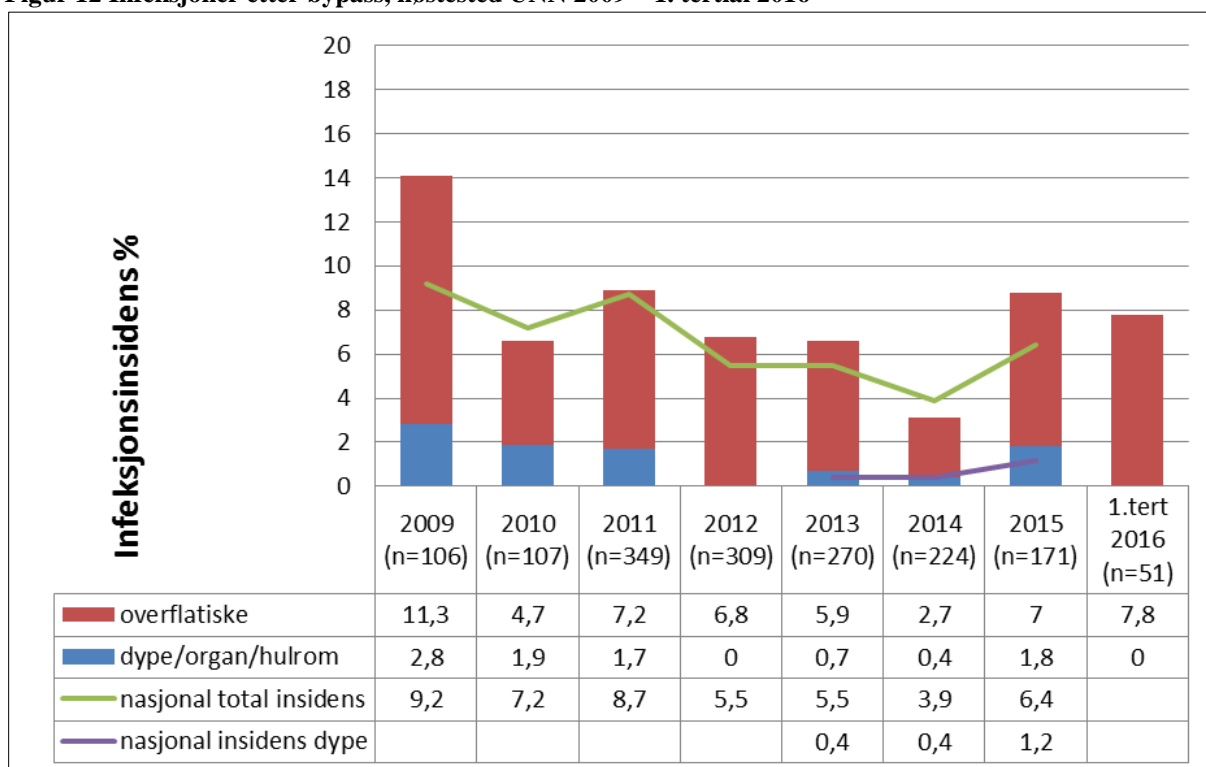
Figur 10 Infeksjoner etter bypass, sternum UNN 2009 - 1. tertial 2016



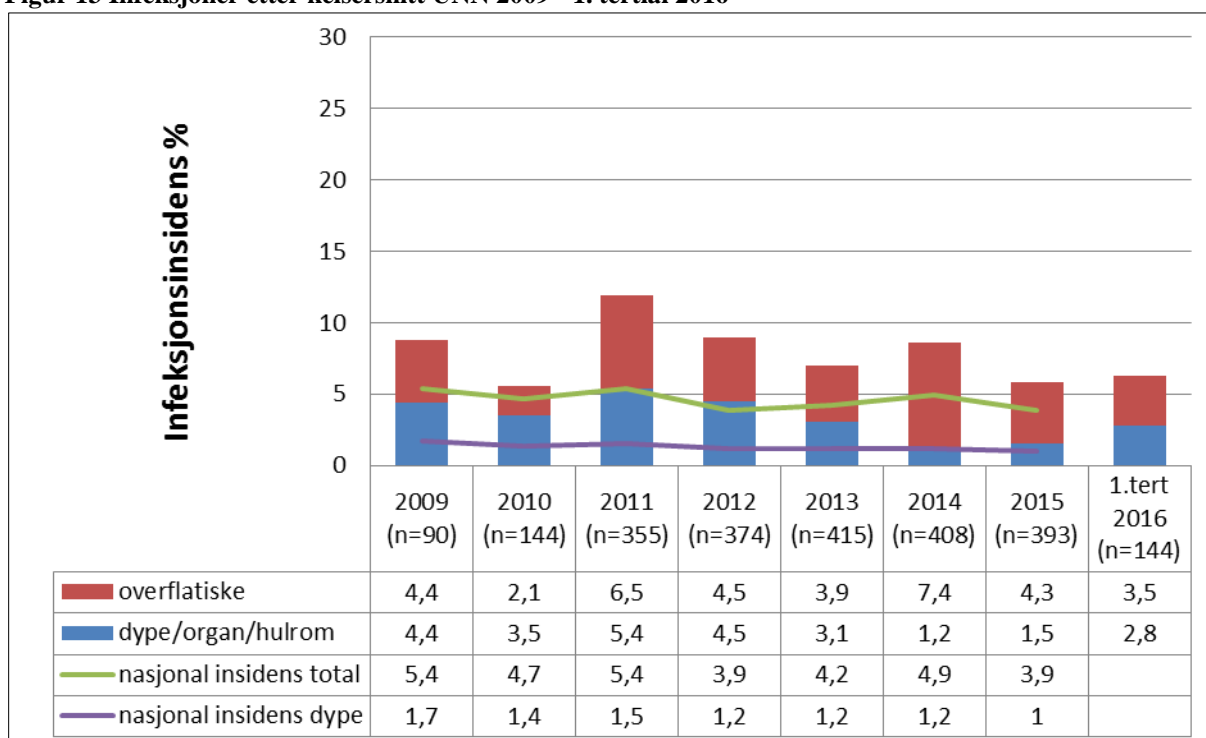
Figur 11 Oppfølging etter bypass UNN 2009 – 1. tertial 2016



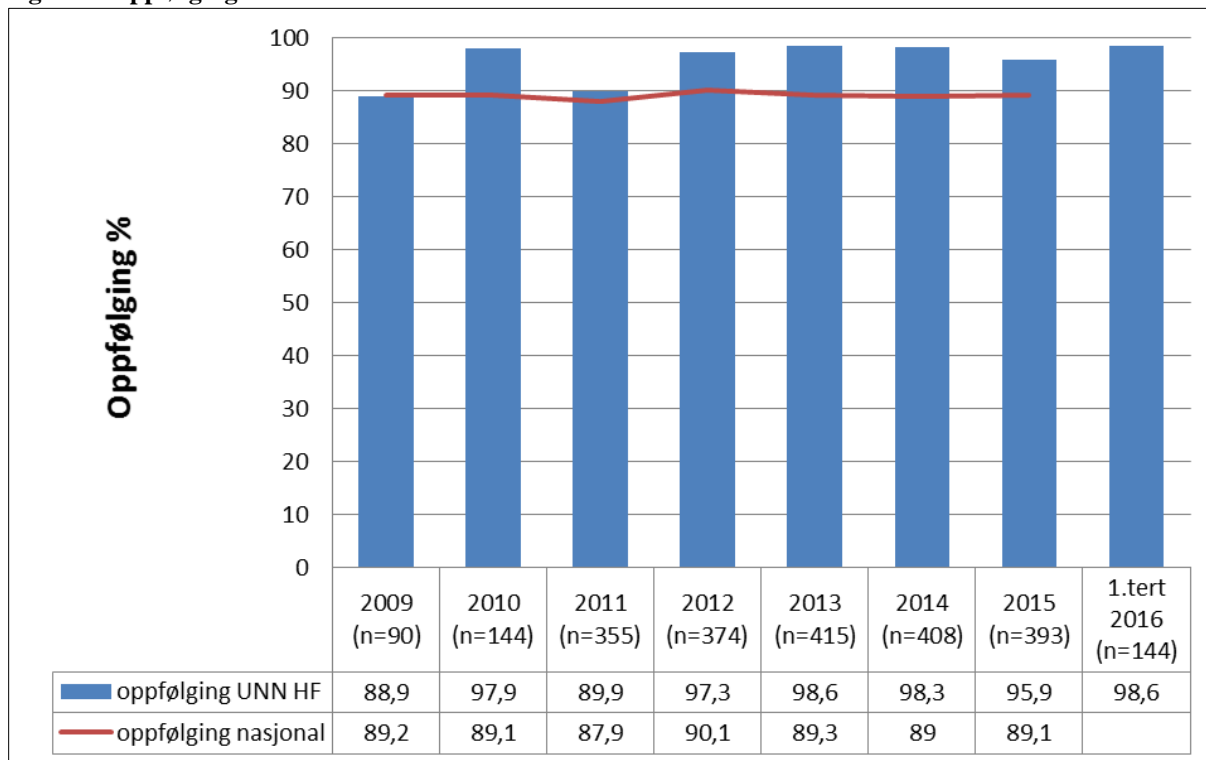
Figur 12 Infeksjoner etter bypass, høststedet UNN 2009 – 1. tertial 2016



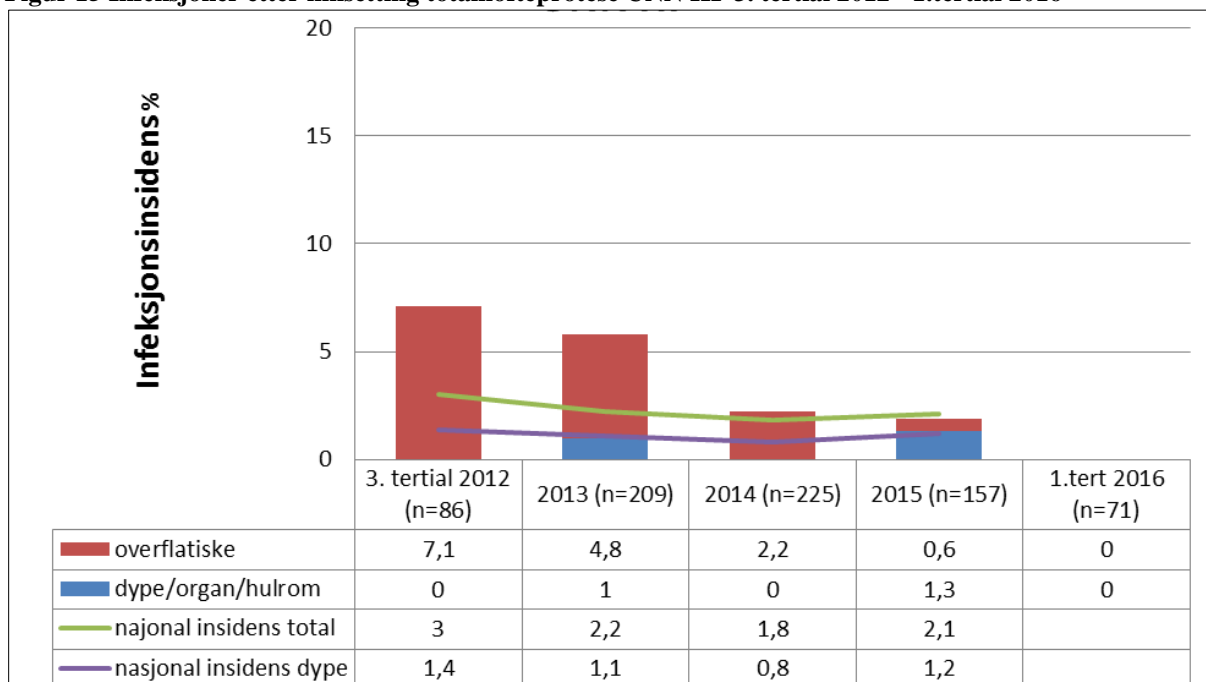
Figur 13 Infeksjoner etter keisersnitt UNN 2009 - 1. tertial 2016



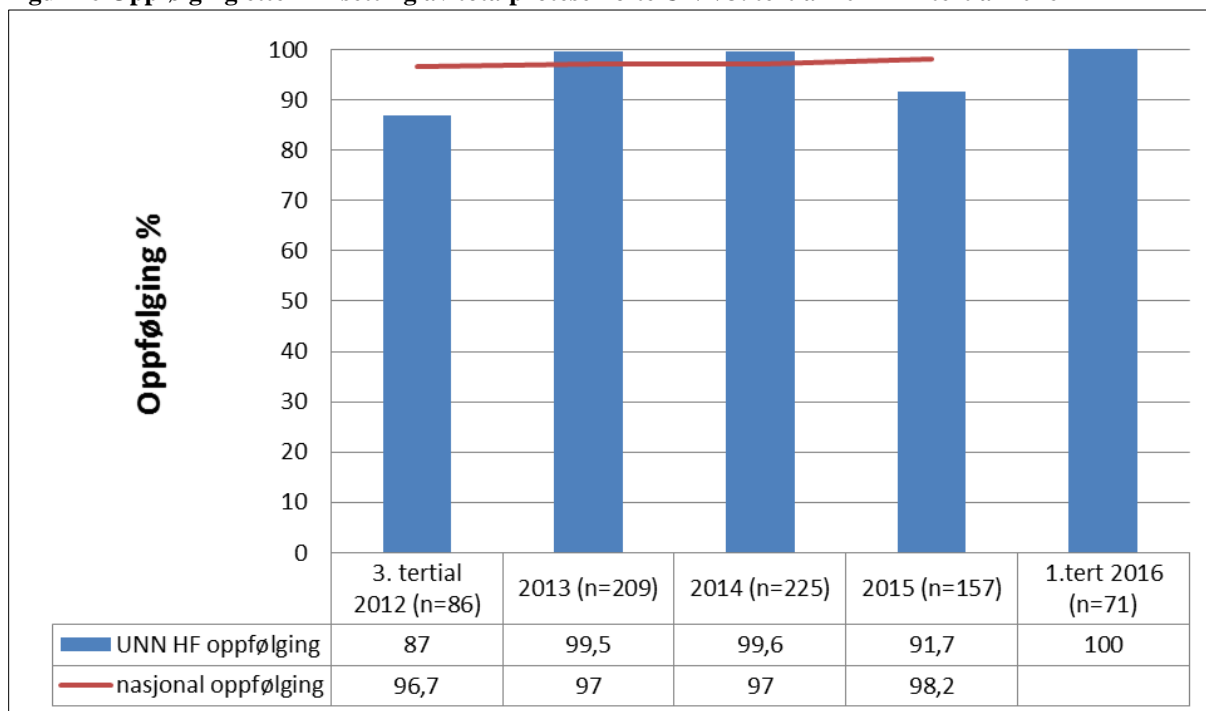
Figur 14 Oppfølging etter Keisersnitt UNN HF 2009 – 1. tertial 2016



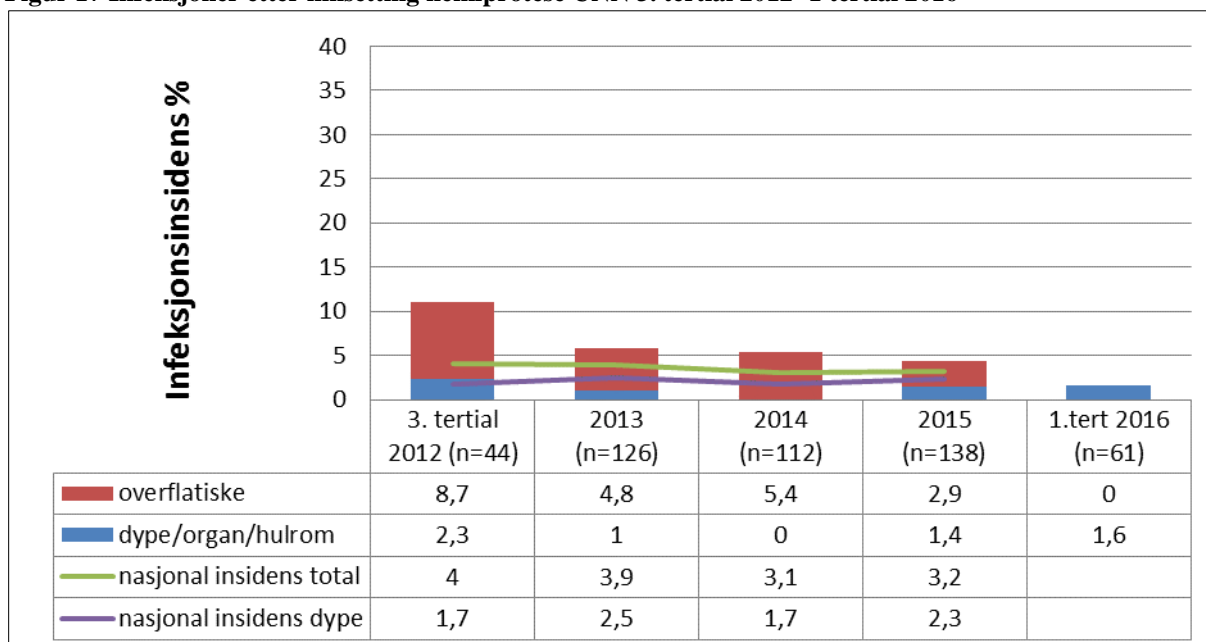
Figur 15 Infeksjoner etter innsetting totalhoffteprotese UNN HF 3. tertial 2012 - 1.tertial 2016



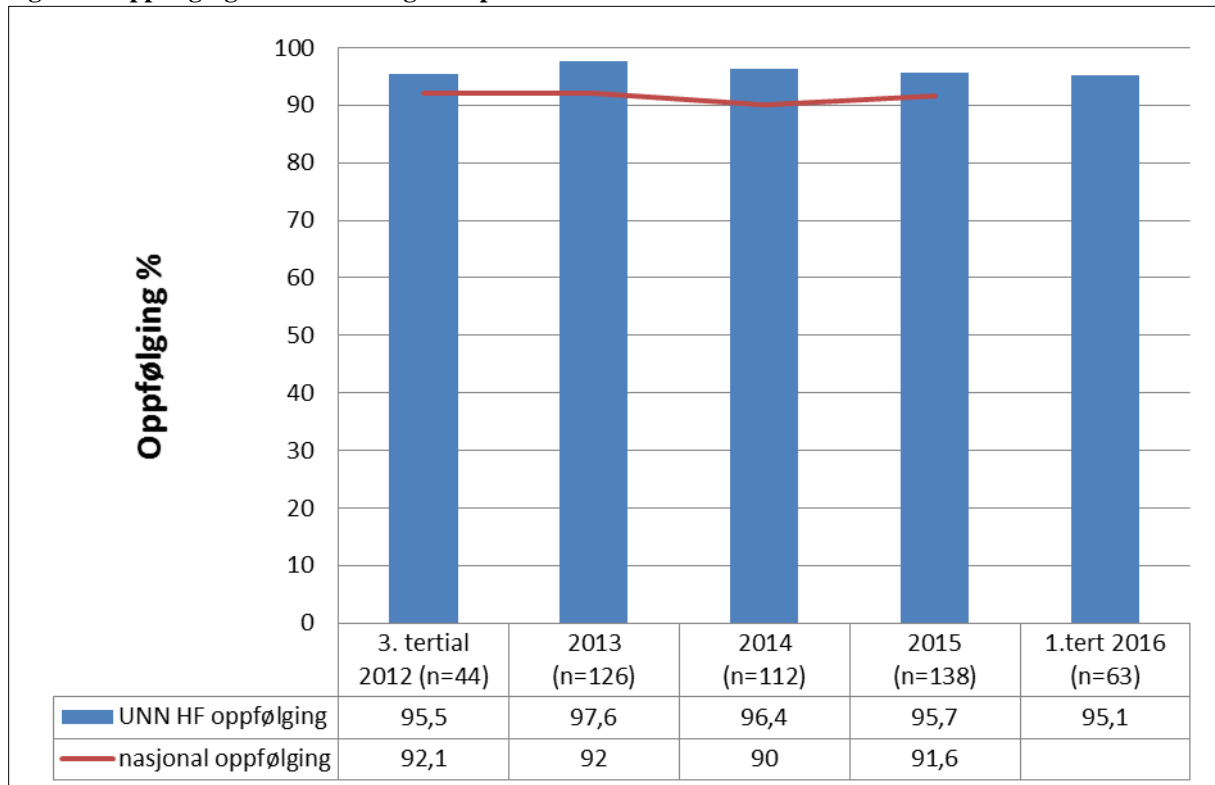
Figur 16 Oppfølging etter innsetting av totalprotese hofte UNN 3. tertial 2012 – 1 tertial 2016



Figur 17 Infeksjoner etter innsetting hemiprotese UNN 3. tertial 2012- 1 tertial 2016



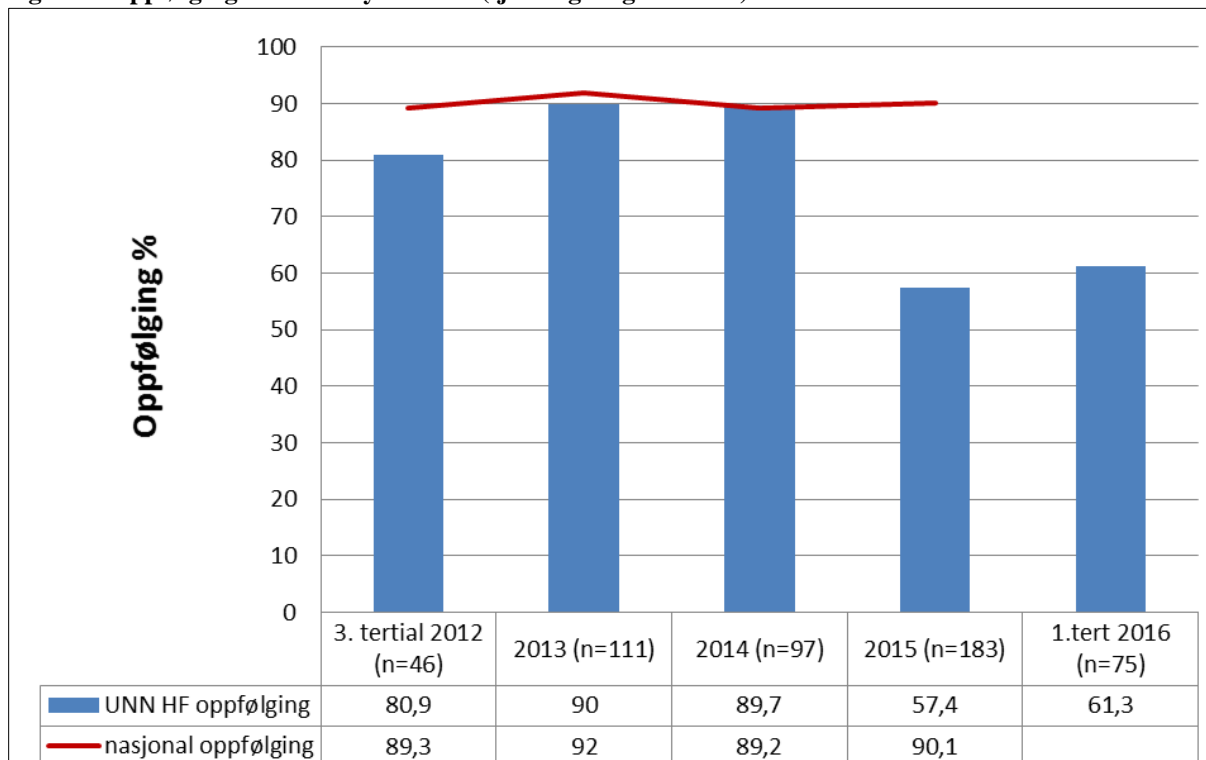
Figur 18 Oppfølging etter innsetting hemiprotese hofte UNN 3. tertial 2012 – 1 tertial 2016



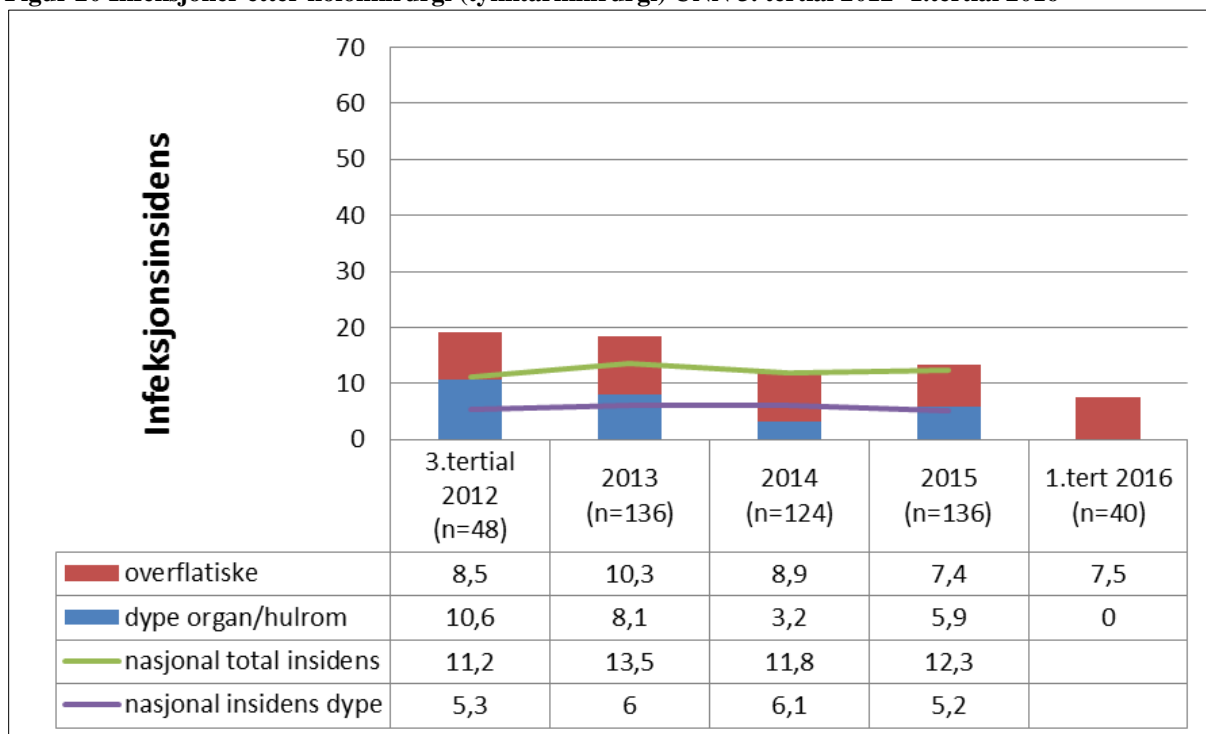
Infeksjoner etter kolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 2009- 1.tertial 2016:

UNN har utført 75 kolecystektomier 1.tertial 2016. Narvik har utført 28 av disse, men har ikke fulgt opp inngrepene mtp infeksjoner. Det utregnes derfor ikke en infeksjonsinsidens for UNN totalt. På grunn av manglende oppfølging av inngrepene utført i Narvik, får UNN en svært dårlig oppfølgingsprosent totalt.

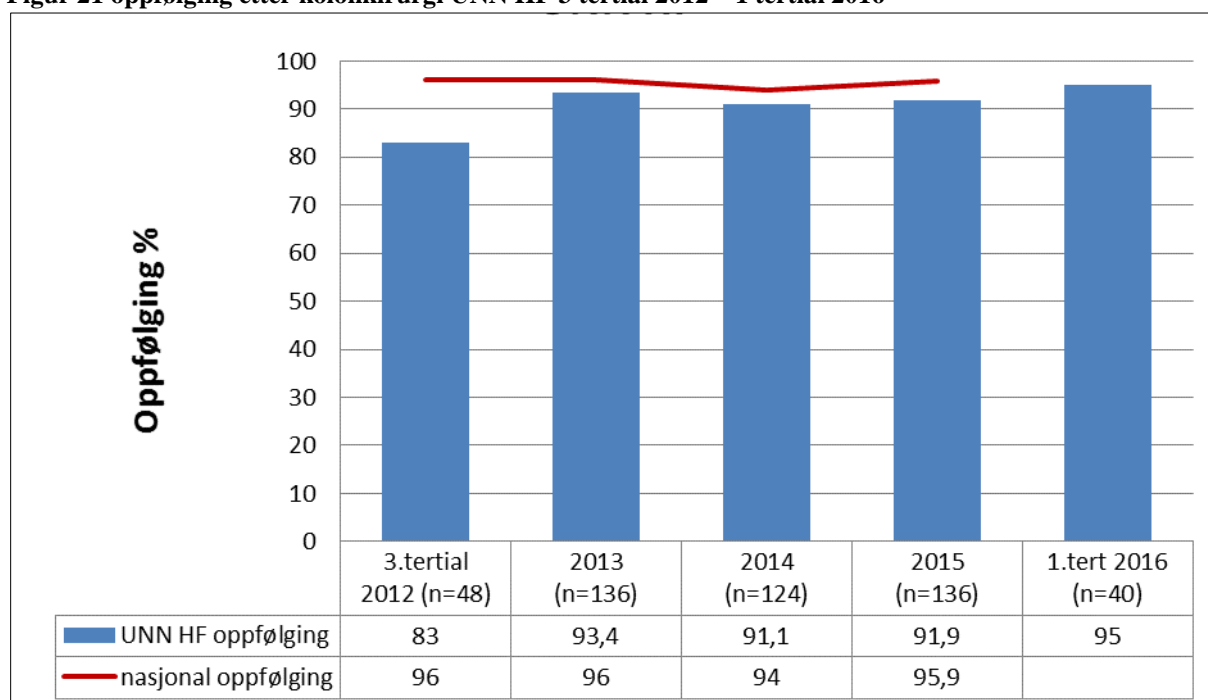
Figur 19 Oppfølging etter kolecystektomi (fjerning av galleblære) UNN 3. tertial 2012- 1.tertial 2016



Figur 20 Infeksjoner etter kolonkirurgi (tykktarmkirurgi) UNN 3. tertial 2012- 1.tertial 2016



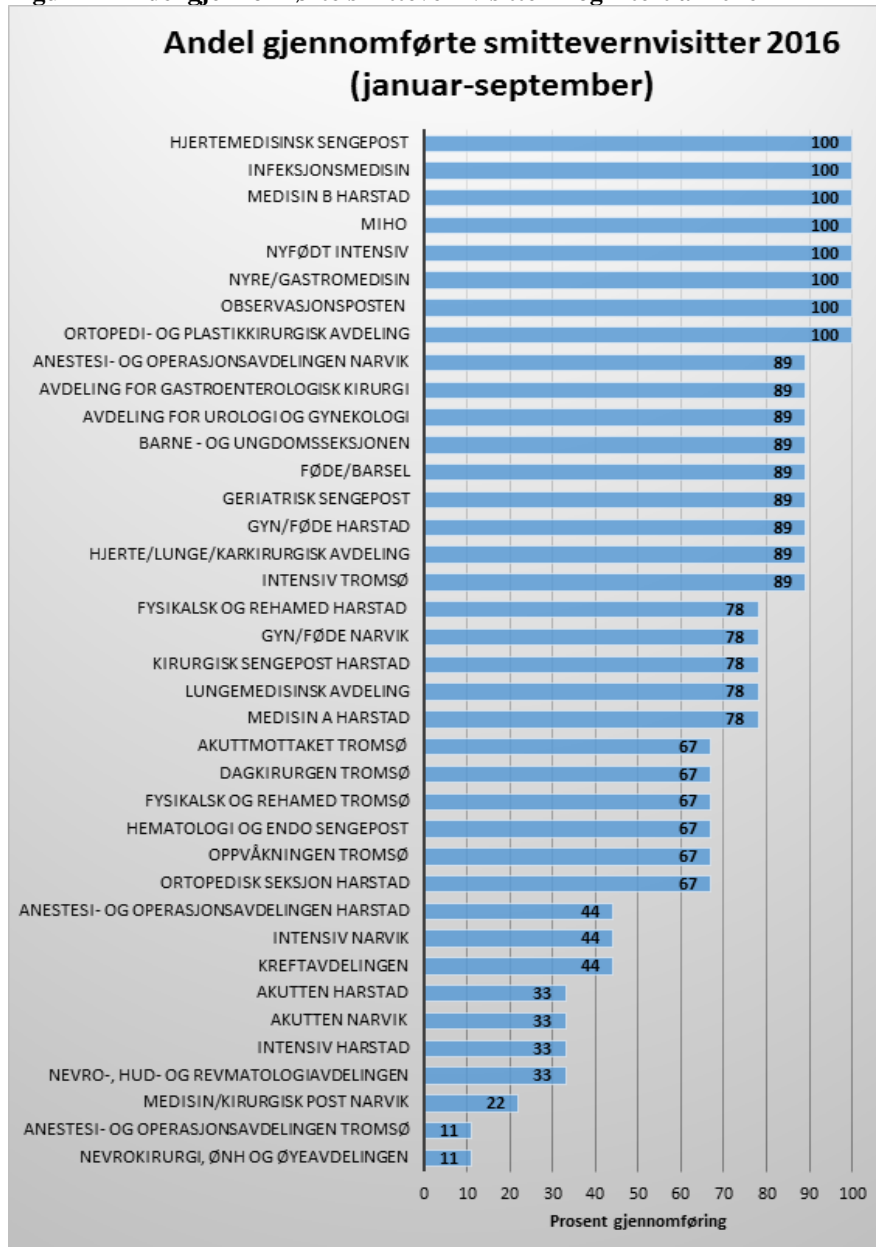
Figur 21 oppfølging etter kolonkirurgi UNN HF 3 tertial 2012 – 1 tertial 2016



Smittevernvisitter

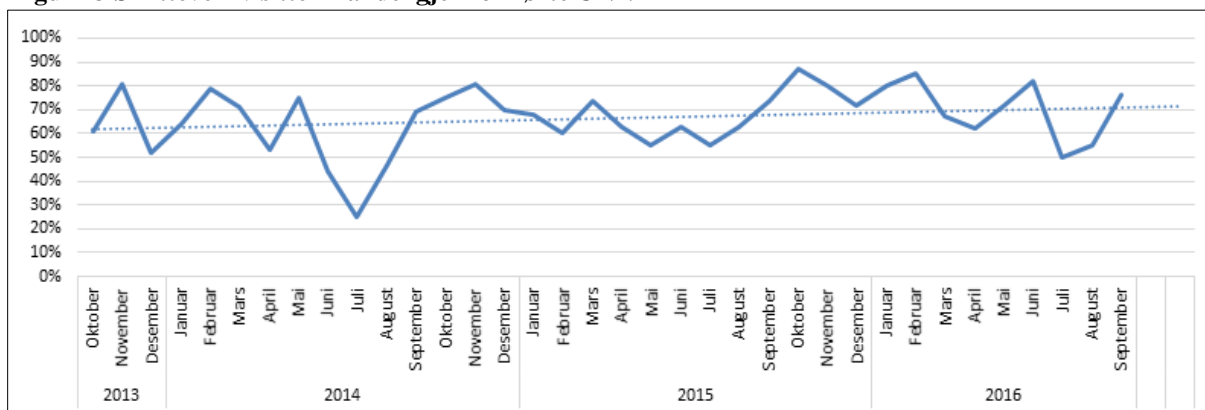
Nedenfor er oppdatert oversikt over gjennomføring og resultater fra smittevernvisittene tom september 2016

Figur 22 Andel gjennomførte smittevernvisitter 1 og 2 tertial 2016



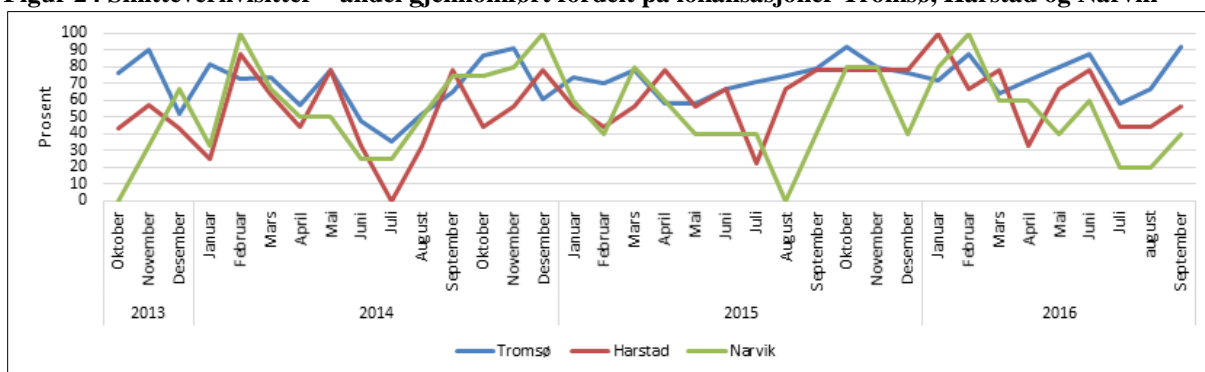
8 enheter ligger på topp med gjennomføring av smittevernvisitter hver måned så langt i 2016. AnOp Tromsø ligger på bunn, men har nå utarbeidet nye fokusområder for visittene.

Figur 23 Smittevernvisitter – andel gjennomførte UNN HF



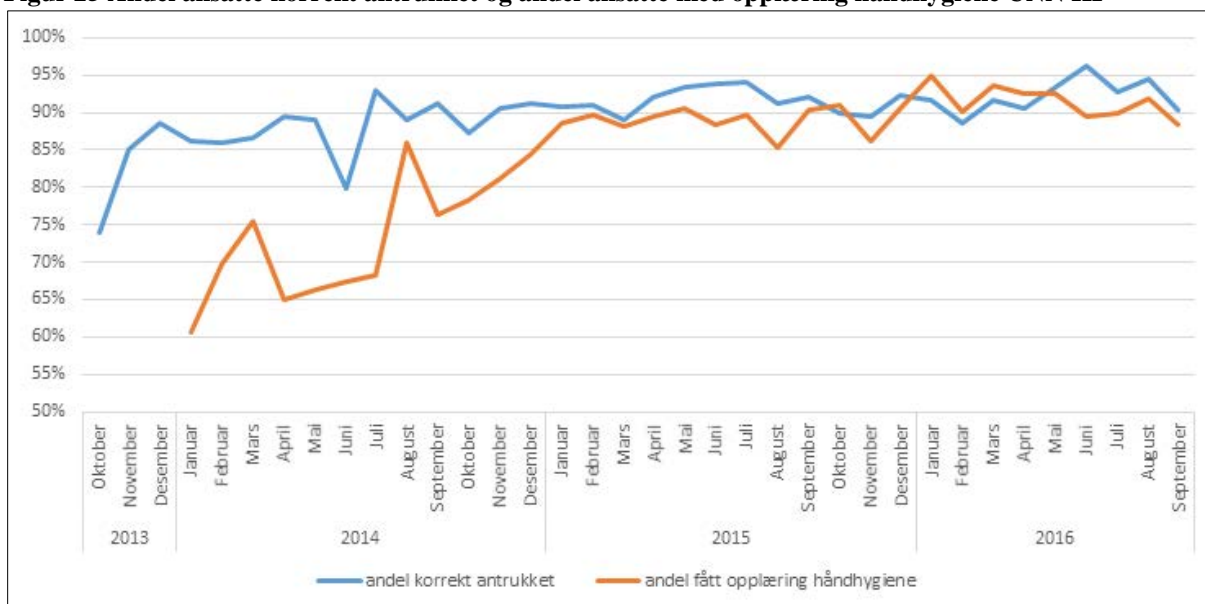
I juni og juli er det en forventet nedgang på grunn av lavdrift og ferieavvikling.

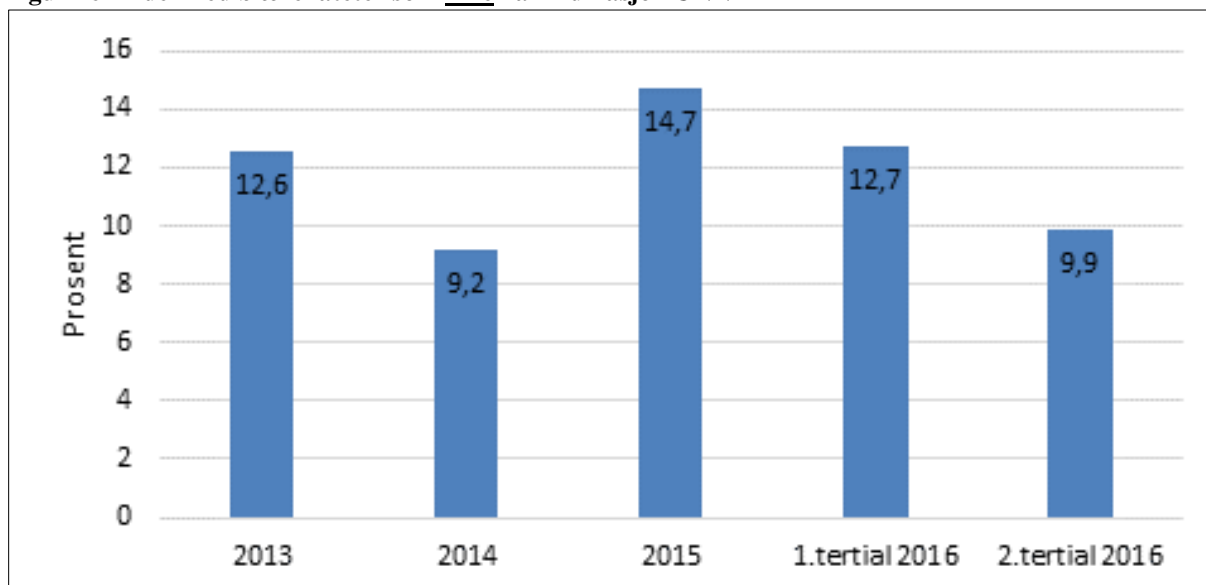
Figur 24 Smittevernvisitter – andel gjennomført fordelt på lokalisasjoner Tromsø, Harstad og Narvik



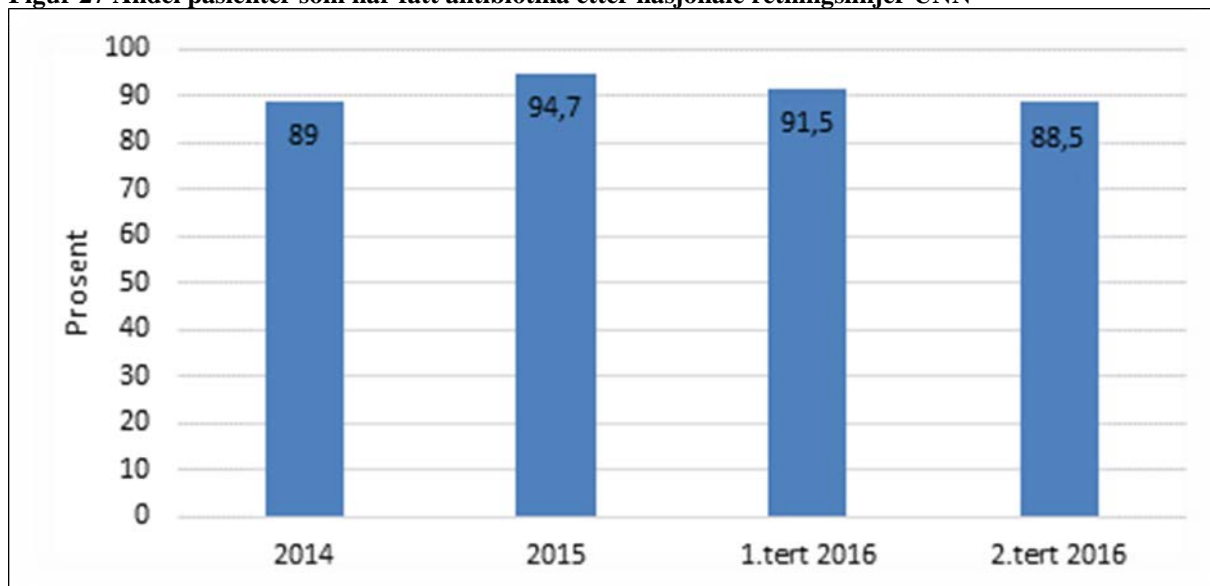
Tromsø hadde i september sin beste måned siden 2015 med 95% gjennomføring (22 av 24 enheter)

Figur 25 Andel ansatte korrekt antrukket og andel ansatte med opplæring håndhygiene UNN HF



Figur 26 Andel med blærekateter som ikke har indikasjon UNN

Figur 27 Andel pasienter som har fått antibiotika etter nasjonale retningslinjer UNN



Vurdering smittevern

Det har overordnet vært en god utvikling på smittevernområdet i UNN de siste årene, med nedgang særlig i dype infeksjoner etter de operative inngrep der dette registreres.

Det er imidlertid behov for snarest å iverksette tiltak for å sikre oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner også i UNN Narvik, som dessverre ikke har fulgt opp dette hverken i 2015 eller hittil i første tertial 2016. For å oppnå ytterligere forbedring på smittevernområdet er fortsatt fokus på basale smittevernrutiner viktig og nødvendig, og i så måte er smittevernvisittene et godt tiltak. Der er det fortsatt et forbedringspotensiale i oppfølgingen for flere enheter. Det er nødvendig at ledere aktivt korrigerer brudd på retningslinjen for arbeidsantrekk dersom UNN skal oppnå 100% etterlevelse. Oppfølging av smittevernarbeidet har stort fokus i Kvalitetsutvalget og UNNs ledergruppe.

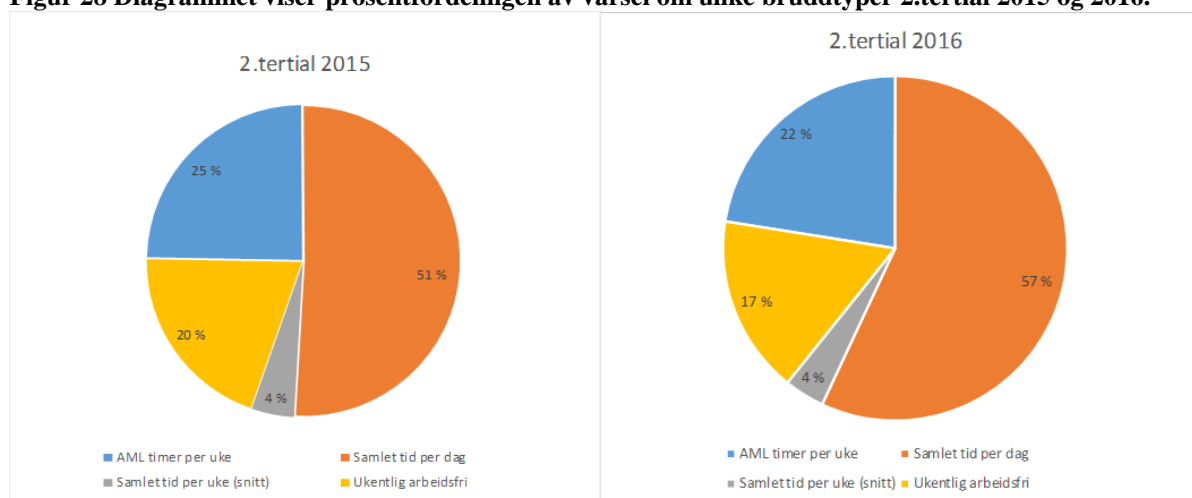
Helse, Miljø og Sikkerhet

Status i arbeidet med rapportering om brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven (AML)

Arbeidstidsbestemmelsene er utformet slik at et tilfelle kan gi flere brudd for de samme timene/vaktene. Tallmaterialet under viser ikke faktiske brudd, men varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene. For å kunne redegjøre for antall faktiske brudd må en gå inn i hver enkel arbeidsplan å kontrollere at lovlig etablerte dispensasjoner er registrert for gjeldende ansatte. Tilfeller der dispensasjoner og lokale avtaler med fagforeninger ikke er registrert i arbeidsplansystemet vil generere varsel om brudd som ikke er faktiske brudd.⁵ I tillegg er arbeidsplansystemet bygget opp slik at rekkefølgen på registrering av overtid, vaktbytter og merarbeid er utslagsgivende for varsel om brudd. Videre vil akutte hendelser som krever forlenget arbeidstid for ansatte kunne føre til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Disse hendelsene vil imidlertid ved tilsyn kunne forklares ut fra fare for liv og helse. Det må derfor utvises varsomhet i bruken av materialet.

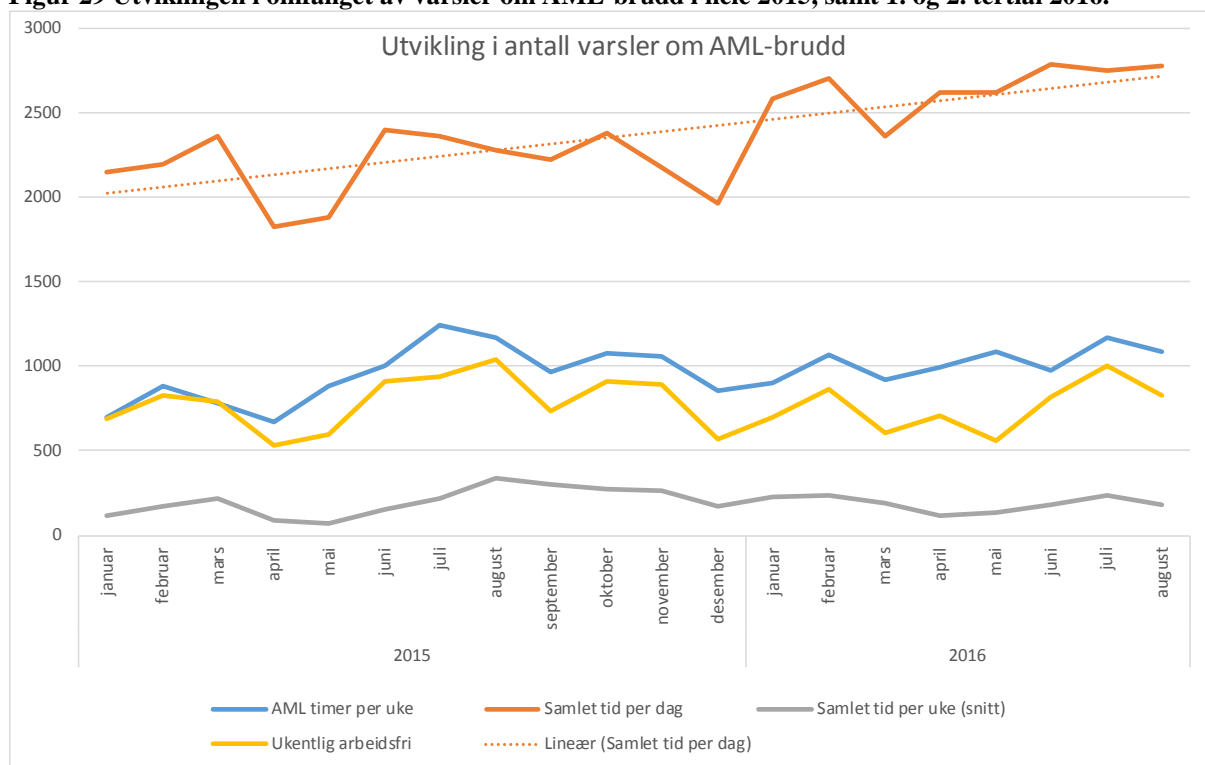
Figuren under viser omfanget av utvalgte varsler om brudd på arbeidstidsbestemmelsene for 2. tertial 2015 og 2016 ved UNN HF. Det er registrert en økning i «Samlet tid per dag», på ca. 23% fra 2015 til 2016. Varsler om brudd på timer per uke, altså «AML timer per uke», er nesten uforandret i samme periode. Ellers har det vært nedgang i varsel om brudd på «Samlet tid per uke (snitt)», samt «Ukentlig arbeidsfri», med henholdsvis 6.3% og 7.8%. Totalt har det vært ca. 10% økning i samlet AML-brudd fra 2. tertial 2015 til samme periode i 2016.

Figur 28 Diagrammet viser prosentfordelingen av varsler om ulike bruddtyper 2.tertial 2015 og 2016.



Diagrammet viser andelen av varsler om de ulike bruddtypene i 2015 og 2016 i 2.tertial. «Samlet tid per dag» utgjør den største andelen i begge periodene – ca. 50% av den totale andelen i 2015, samt 57% i samme periode i 2016.

⁵ Dette gjelder gjennomsnittsberegning av arbeidstid, avtalt kortere hviletid på døgn og uke, avtalt utvidet overtidsgrense på døgn, uke, måned samt overenskomst regulert kortere arbeidstid.

Figur 29 Utviklingen i omfanget av varsler om AML-brudd i hele 2015, samt 1. og 2. tertial 2016.

Figuren over viser utviklingen i omfanget av varsler om AML-brudd i hele 2015, samt første og andre tertial 2016. Samtlige bruddtyper viser store variasjoner gjennom året, med høye verdier i ferieperioden. Bruddtype «Samlet tid per dag» som utgjør den største andelen av bruddtypene i både 2015 og 2016, viser en økende trend. Bruddtypene «Ukentlig arbeidsfri» og «AML timer per uke» samvarierer som forventet. Samtlige bruddtyper, med unntak av «Samlet tid per dag», er synkende i utgangen av august 2016.

Rapportering på klinikknivå

Tabellen over viser akkumulert statistikk på foretaksnivå. Gat som arbeidsplansystem har pr. i dag ingen gode løsninger for uttrekk av AML-data på klinikknivå. Rapportering på klinikknivå betinger derfor manuell datavask, kartlegging av ansatte, deres arbeidsforhold og dispensasjoner for samtlige forekomster av varsler om brudd. I tillegg til at prosessen er svært tidkrevende, gir manuell databehandling stor usikkerhet knyttet til datakvalitet. Det er et pågående arbeid å forbedre registrering og uttak av rapporter på dette området, slik at vi er sikre på at det som rapporteres er reelle brudd.

Det pågår for tiden et arbeid på regionalt nivå med å gjøre Gat-data tilgjengelig i datavarehuset Helse Nord LIS. Blant disse dataene er det også data på varsler om AML-brudd. Datamaterialet behandles i datavarehuset slik at ovennevnte manuelle operasjoner blir automatisert. Dette prosjektet er i slutfasen. Det vil si at det pågår testing/verifisering av rapportene. Det vil bli produsert dokumentasjon fra prosjektet. Neste fase er utrulling i helseforetakene.

Tiltak AML brudd

- Opplæring av ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste i arbeidstidsregler og årsaker til AML-brudd. Opplæringstilbudet skal spesielt rette seg mot enheter som har mange AML-brudd.
- Etablere samarbeidsarenaer på seksjons-/enhetsnivå mellom ledere, tillitsvalgte og vernetjeneste omkring arbeidstidsplanlegging og hvordan behov for overtid skal løses
- Følge opp arbeidet med redusere AML brudd både i form av lederstøtte fra personalrådgiver og som tema på oppfølgingsmøter med klinikkene.

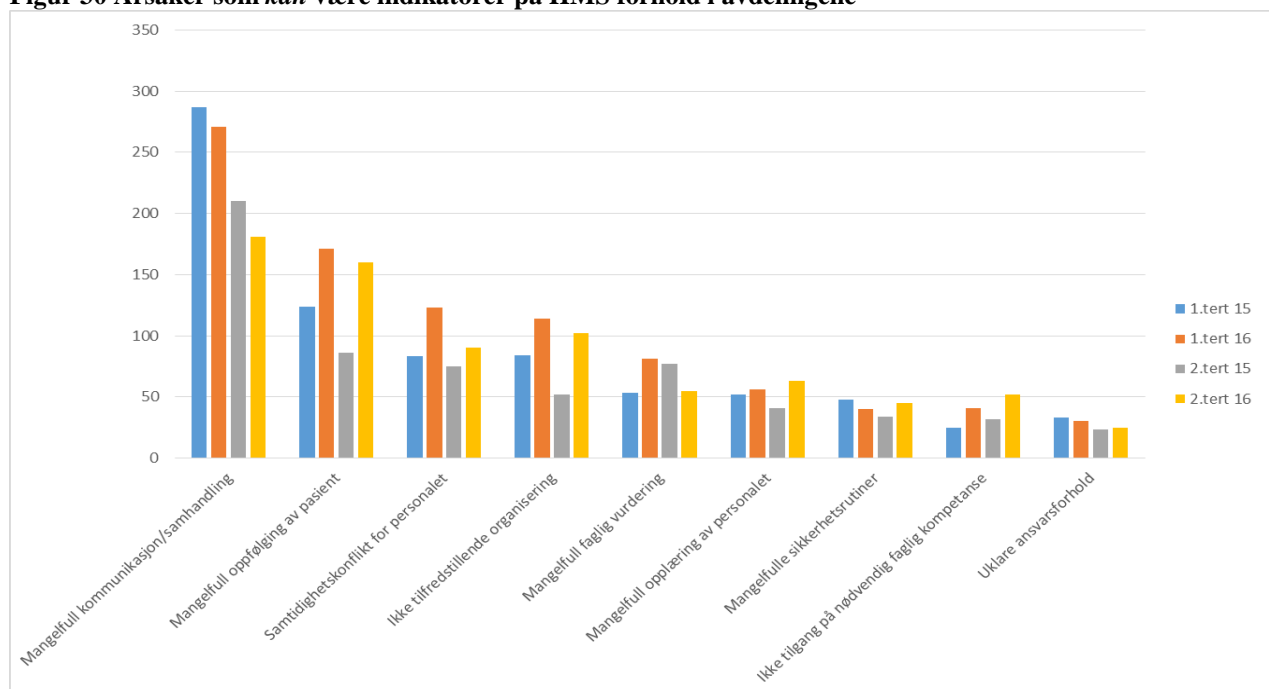
HMS indikatorer i årsaksforhold avvik

Meldekultur har vært tema i Arbeidsmiljøutvalget, der det kom frem et ønske om å få bedre oversikt over HMS-avvik. Kvalitetsavdelingen skal foreta utvalg og analyse av årsaksforhold som kan være indikatorer for HMS forhold, med hovedfokus på arbeidsmiljørelaterte forhold (tiltak LGG 1 tertial 2016)

Det vil ofte være en sammenheng mellom avvik som rammer/kan ha rammet pasient og arbeidsmiljøforhold. I figur 30 vises en oversikt over årsaker tatt ut på foretaksnivå, som vi mener kan indikere HMS avvik. Vi ser at det er en økning fra 2 tertial 2015 til 2 tertial 2016 på flere årsaksforhold.

Kvalitetsavdelingen vil søke samarbeid med Personal- og organisasjonsavdelingen, for å se om det er mulig å se på dette også i sammenheng med aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Analysen vil bli sendt til Arbeidsmiljøutvalget og Kvalitetsutvalget.

Figur 30 Årsaker som *kan* være indikatorer på HMS forhold i avdelingene



Oversikt over vedtatte tiltak i Ledelsens gjennomgang og tiltakenes gjennomføring

ISO-14001 inneholder krav om oversikt over vedtatte og gjennomførte tiltak fra styrets behandling av LGG. Det gis en her oversikt over tiltakene, gjennomførte tiltak vil kun vises i det tertiale de er gjennomført. Det er 9 tiltak som er gjennomført i forrige tertial (presentert i LGG for 1. tertial 2016) og disse er fjernet fra tabellen.

Tabell 3 Gjennomføring av tidligere vedtak i LGG

Foreslåtte tiltak	Gjennomført
Kvalitetsavdelingen utarbeider egen sak til Kvalitetsutvalget om avvik knyttet til legemiddelhåndtering.	Det er en student som tar masteroppgave med utgangspunkt i å se på legemiddelhåndteringsavvik i UNN. Resultatene av oppgaven blir forelagt kvalitetutvalget vår 2017.
For å ytterligere fokusere på ledernes oppfølging av avvik skal andel avvik som ikke er avsluttet fremgå av dashbordet i UNN-KIS eller HN-LIS for alle enheter så snart denne funksjonen er på plass i et av systemene.	Det er igangsatt arbeid med å få data fra Docmap inn i HN LIS. Avklaring om UNN KIS kommer i løpet av høst 2016
Kvalitetsutvalget anbefaler at de klinikker som har få prosedyrer i Docmap gjennomgår i hvilken grad prosedyreverktøyet faktisk brukes slik det er forutsatt, og eventuelt gjennomfører tiltak for å ta det i bruk der det tidligere ikke har vært gjort i tilstrekkelig grad.	Det er gått ut beskjed til klinikkene. NOR klinikken er i gang med arbeid.
Kvalitetsavdelingen forbereder sak til UNNs ledergruppe, evt. også Kvalitetsutvalget, om hvordan prosedyrearbeidet kan følges bedre opp i foretaket. Saken skal også inkludere om det bør etableres nytt overordnet prosedyreutvalg, og forslag til prosess for hvordan nasjonale, kunnskapsbaserte prosedyrer kan tas i bruk i UNN.	Det vil bli igangsatt pilot prosjekt høst 2016 med innføring av en nasjonal prosedyre. Erfaringen av piloten vil være retningsgivende for videre arbeid.
Direktørens ledergruppe har startet en intern prosess med fokus på hvordan ledergruppen selv, i sin måte å utøve ledelse på, i større grad enn i dag kan bidra til å skape engasjement omkring pasientsikkerhet og kontinuerlig forbedringsarbeid.	Tavlemøter igangsatt.
Kvalitetsavdelingen utarbeider forslag til hvordan hendelsesanalyser systematisk kan tas i bruk som verktøy for å sikre læring og erfaringsoverføring etter alvorlige hendelser i UNN.	Igangsatt. Venter på kurs i hendelsesanalyser i regi av NLSH
Kvalitetsavdelingen tar initiativ til å etablere nettverk for klinikkens kvalitetsrådgivere for å bidra til erfaringsutveksling, læring på tvers av klinikkene og opplæring.	Mandat og sammensetning må tilpasses UNN som lærende organisasjon. Første om møtet sammensetning er avholdt

<p>Kvalitetsutvalget oppfordrer klinikkene til et fortsatt sterkt fokus på ytterligere bedret gjennomføring av infeksjonsforebyggede arbeid med blant annet smittevernvisitter, gjennomføring av pasientsikkerhetsprogrammets tiltaksområder, systematiske gjennomganger av pasientforløp og prosedyrer for å identifisere andre infeksjonsforebyggende tiltak.</p>	<p>Klinikkene har mottatt oppdrag.</p>
<p>Medisinsk klinikk v/Smittevernsenteret bes utarbeide sak til Kvalitetsutvalget om hva som må til for at UNN skal nå den regionale null-visjonen for sykehusinfeksjoner som kan forebygges.</p>	<p>Behandlet på siste Kvalitetsutvalg. Kvalitetsutvalget ønsker ytterligere saksutredning og ber om å få saken på nytt.</p>
<p>Det systematiske arbeidet for å redusere forekomst av personalskader som er utført i samarbeid mellom Barne- og ungdomsklinikken og Bedriftshelsetjenesten følges opp i AMU, og identifiserte tiltak følges også opp i Psykisk helse- og rusklinikken.</p>	<p>Barne- og ungdomsklinikken bes å videreformidle identifiserte tiltak til KVAM utvalget i Psykisk helse og rusklinikken.</p>
<p>Kvalitetsavdelingen foretar utvalg og analyse av årsaksforhold som kan være indikatorer for HMS forhold, med hovedfokus på arbeidsmiljørelaterte forhold, og forelegger dette Kvalitetsutvalget og AMU.</p>	<p>Kvalitetsavdelingen skal søke samarbeid med HR for å se på muligheten til å se dette i sammenheng med aktivitetsbasert bemanningsplanlegging.</p>
<p>Antibiotikastyringsprogrammet følges opp i henhold til vedtatt plan.</p>	
<p>Kvalitetsutvalget anbefaler direktøren å be klinikkensjef for Kirurgi- kreft- og kvinnehelseklinikken om tilbakemelding på hva som konkret gjøres for å sikre at oppfølging av forekomst av postoperative sårinfeksjoner (NOIS-registreringer) kommer på plass også i UNN Narvik.</p>	