

# Styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet i styrearbeidet

Morten Pytte



Masteroppgave

Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi

Institutt for Helse og Samfunn

Det Medisinske Fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

2018



Styremedlemmenes vurdering av egen  
kunnskap om kvalitet og prioritering av  
kvalitet i styrearbeidet

*En kvantitativ studie blant styremedlemmer i  
helseforetakene.*

Av

Morten Pytte

MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon (kull 30)

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Copyright Morten Pytte

År 2018

Styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet i styrearbeidet

Morten Pytte

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Sammen drag

Sammenliknet med andre europeiske land har nordmenn god helse som gjenspeiles i høy forventet levealder. Til tross for gode resultater innenfor enkelte områder er det fortsatt stor risiko for svikt i helse- og omsorgstjenestene som kan ha store konsekvenser for pasienter, pårørende og ansatte. Kvalitet og pasientsikkerhet står høyt på den politiske agendaen og kommer til uttrykk gjennom flere stortingsmeldinger som retter oppmerksomheten mot innholdet i helsetjenestene. Som helseforetakets øverste ledelse har styret ved helseforetakene et overordnet ansvar for at virksomhetene oppnår målene som myndighetene setter. Styrets kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet i styrearbeidet er viktig for at helseforetakene skal lykkes med å bedre kvaliteten i tjenestene.

Styremedlemmene ved landets 21 kliniske helseforetak og tre private virksomheter ble invitert til å delta i en nettbasert spørreundersøkelse hvis hensikt var å kartlegge styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og i hvilken grad kvalitet og pasientsikkerhet ble prioritert i styrearbeidet. 101 styremedlemmer (52%) besvarte spørreundersøkelsen.

Undersøkelsen viste at flertallet av styremedlemmene vurderte egen kunnskap som høy eller svært høy innen alle dimensjonene av kvalitet (mellom 66% og 72%). De ulike dimensjonene av kvalitet var i varierende grad tema i styremøtene der *ressursutnyttelse* og *trygge og sikre tjenester* i størst grad var tema. Flertallet av styremedlemmene (67%) erfarte at kvalitet og pasientsikkerhet var fast punkt på agendaen i styremøtene i stor eller svært stor grad. 39% av styremedlemmene erfarte at konkrete uønskede hendelser som hadde ledet til pasientskader ble diskutert i styremøtene. Tilsvarende svarte 19% at pasienter eller pårørende i stor eller svært stor grad hadde blitt invitert til styremøtet eller styreseminar for å fortelle om opplevelser i møtet med helsetjenestene. Henholdsvis 24% og 16% av styremedlemmene fikk i stor eller svært stor grad opplæring i forbedringsarbeid eller hadde deltatt på kvalitet- og pasientsikkerhetskonsferanser. Styremedlemmenes yrkesbakgrunn og rolle i styret påvirket vurderingen av egen kunnskap og prioritering av kvalitet i styrearbeidet.

I denne undersøkelsen vurderte styremedlemmene egen kunnskap om kvalitet som høy og kvalitet var i stor grad tema og fast punkt på agendaen i styremøtene. Konkrete uønskede hendelser var i noen grad tema i styremøtene, men pasienter eller pårørende fikk i liten grad fortelle om sine opplevelser med uønskede hendelser til styret.



# Forord

*Medicine used to be simple, ineffective and relatively safe. Now it is complex, effective and potentially dangerous* - Cyril Chantler, 1999 (1)

Medisinsk kunnskap har utviklet seg raskt og tilstander som tidligere ikke lot seg behandle er i dag en del av standard pasientbehandling. Samtidig er måten vi organiserer og leverer helsetjenestene på basert på en mer enn hundre år gammel tradisjon og har ikke hatt den samme utviklingen som medisinsk kunnskap. Komplekse og fragmenterte tjenester utsetter pasientene for risiko. Noen pasienter får forlenget sykehusopphold som følge av uønskede hendelser, andre blir varig skadet, mens mange dør som følge av skader de blir påført av helsetjenestene.

Bakgrunnen for temaet i denne masteroppgaven er et sterkt engasjement for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Som virksomhetens øverste ledelse står styret ansvarlig for at tjenestene er trygge og sikre og for at kvaliteten i pasientbehandlingen er god. Med denne oppgaven ønsker jeg å rette oppmerksomheten mot styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet som en viktig forutsetning for å lykkes i arbeidet med å skape trygge og sikre tjenester.

Jeg ønsker å takke hovedveileder Helge Skirbekk og biveileder Ellen Deilkås for konstruktive innspill og veiledning. En stor takk går også til daværende divisjonsdirektør Lisbeth Sommervoll og Akershus Universitetssykehus som arbeidsgiver som ga meg muligheten til å gjennomføre masterstudiet i helseadministrasjon.

Oppgaven er blitt til ved siden av full jobb som avdelingsleder ved Akershus Universitetssykehus. Det meste av jobben er gjort på kvelder og helger og ville ikke vært mulig uten stor støtte, tålmodighet og forståelse fra ektefelle og to barn. Dette arbeidet er dedikert til dem.

Morten Pytte

Mai 2018





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Bakgrunn .....</b>	<b>3</b>
2.1	Nasjonale føringer for kvalitet og pasientsikkerhet .....	3
2.2	Uønskede hendelser og pasientskader .....	7
2.3	Styret i helseforetakene .....	10
2.4	Styreteorier .....	12
2.5	Problemstilling.....	15
<b>3</b>	<b>Materiale og Metode .....</b>	<b>17</b>
3.1	Materiale.....	17
3.2	Metode.....	17
3.3	Gjennomføring av undersøkelsen.....	19
3.4	Analyser .....	19
<b>4</b>	<b>Resultater .....</b>	<b>21</b>
4.1	Demografi.....	21
4.2	Kunnskap om kvalitet i helsetjenesten.....	23
4.3	Kvalitet som tema i styremøtene .....	27
4.4	Tilgjengelig informasjon om kvalitet i styremøtene .....	31
4.5	Prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet.....	34
<b>5</b>	<b>Diskusjon .....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>Konklusjon .....</b>	<b>44</b>
<b>7</b>	<b>Litteraturliste.....</b>	<b>45</b>
<b>8</b>	<b>Vedlegg .....</b>	<b>49</b>
8.1	Data .....	49
8.1.1	Spørsmål 1 – egnevaluering av kunnskap om kvalitet.....	49
8.1.2	Spørsmål 2 – prioritering av kvalitet i styremøtene.....	49
8.1.3	Spørsmål 3 – tilstrekkelig informasjon til å evaluere kvaliteten i foretaket.....	54
8.1.4	Spørsmål 4.....	54
8.2	Spørreskjema .....	63
8.3	NSD skjema .....	69



# 1 Innledning

*Every system is perfectly designed to get the results it gets* – Paul Batalden

Styrene i helseforetakene har det overordnede ansvaret for at tjenestene som foretaket leverer er trygge og sikre og har tilfredsstillende kvalitet. Styret ved helseforetakene har en viktig rolle med å sette mål for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, gjøre prioriteringer, utforme strategi, forme kulturen i foretaket og føre tilsyn med kvalitet og pasientsikkerhet. En viktig forutsetning for å lykkes er kunnskap om kvalitet i helsetjenesten og prioritering av kvalitet i styrearbeidet.

Sammenliknet med andre europeiske land har nordmenn god helse som gjenspeiles i høy forventet levealder. Vi har også velfungerende helse- og omsorgstjenester som kommer godt ut i internasjonale sammenlikninger om behandlingskvalitet med lavere dødelighet for visse kreftformer, hjertesvikt, hjerteinfarkt og slag. (2,3)

Til tross for gode resultater innenfor enkelte områder er det fortsatt stor risiko for svikt i helse- og omsorgstjenestene som kan ha store konsekvenser for pasienter, pårørende og ansatte. (4) Basert på nasjonale undersøkelser av pasientjournaler antas det at omtrent 16% av pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten blir skadet som følge av uønskede hendelser. Noen av pasientene får forlenget sykehusopphold, andre får varig skade, mens noen dør som følge av en uønsket hendelse. Basert på internasjonale undersøkelser antas det at omtrent halvparten av skadene kunne vært unngått. Nasjonale brukerundersøkelser indikerer rom for forbedring innen informasjonsflyt, kommunikasjon og koordinering mellom de ulike aktørene som leverer helsetjenester. Sammenliknet med de andre nordiske landene er norske sykehus i snitt mindre produktive med høyere reinnleggelsesrate. (5) Statens helsetilsyn melder i sine rapporter om manglende kvalitetsstyring og kontroll som påvirker pasientsikkerheten og peker på behovet for å utvikle lærende organisasjoner og øke kunnskapen om kvalitet i tjenestene. (6)

Kvalitet og pasientsikkerhet står høyt på den politiske agendaen og kommer til uttrykk gjennom flere stortingsmeldinger som retter oppmerksomheten mot innholdet i helsetjenestene. De overordnede målene for kvalitet og pasientsikkerhet ble lagt fram av Stoltenberg II regjeringen i Meld. St. 10 (2012-2013) *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten*. (6) De politiske målene omfattet brukerorientering av helse- og omsorgstilbudet, øket satsning på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.

Solberg-regjeringens ambisjon om å skape ”pasientens helsetjeneste” ble presentert i Meld. St. 11 (2014-2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*. (7) Ved å flytte makt fra systemet til pasientene ønsker regjeringen å skape helsetjenester som er basert på pasientenes behov der opplevd kvalitet sidestilles med medisinske resultater. Gjennom årlige stortingsmeldinger om kvalitet og pasientsikkerhet ønsker Solberg-regjeringen å skape en åpenhet og bred diskusjon om status og utfordringer i norsk helsevesen. (4,7,8)

Som helseforetakets øverste ledelse har styret et overordnet ansvar for at virksomheten oppnår målene som myndighetene setter. Ved å definere kvalitetsmål, sette retning for kvalitetsarbeidet og etterspørre resultater fra forbedringsarbeidet er styret en viktig premissleverandør og tilrettelegger for at målene skal nås. For å lykkes med denne oppgaven er det en forutsetning at styret som kollegium har tilstrekkelig kunnskap om kvalitet og prioriterer kvalitet i styrearbeidet. Dreiningen i den politiske målsetningen fra et ensidig fokus på kostnader og effektivitet til kvalitet og innholdet i tjenestene vil nødvendigvis kreve ny kompetanse hos styremedlemmene og en dreining av oppmerksomheten mot kvalitet og pasientsikkerhet.

I denne masteroppgaven vil jeg søke å belyse hvordan styremedlemmene vurderer sin egen kunnskap om kvalitet i helsetjenesten og i hvilken grad de prioriterer kvalitet i styrearbeidet. Som bakgrunn for problemstillingen gir jeg en kort oversikt over nasjonale føringer for kvalitet og pasientsikkerhet med et spesielt fokus på hva vi vet om uønskede hendelser og pasientsikkerhet ved helseforetakene i dag. Dernest gir jeg et summarisk overblikk over styringsorganene for helseforetakene, før jeg beskriver ulike roller styret kan ha med støtte i styreteorier. Til slutt presenterer jeg problemstillingen med referanse til relevant litteratur.

## 2 Bakgrunn

Kvalitet er et abstrakt og dynamisk begrep som i dagligtale kan brukes på forskjellige måter. Grad av kvalitet måles gjerne opp mot en norm eller forventninger. En virksomhet vil gjerne sette visse krav til produktene eller tjenestene som produseres. Kvaliteten på produktene eller tjenestene bestemmes av i hvilken grad produktet eller tjenestene innfrir forhåndsdefinerte krav. Fra forbrukerens perspektiv er kvaliteten på produktet eller tjenesten gjerne definert ut fra forbrukerens behov. Et produkt eller en tjeneste kan være av teknisk høy kvalitet (tilfredsstillende normative krav), men så lenge den ikke verdsettes av brukeren har den ingen verdi. (9)

Kvalitetsbegrepet innebærer en mulig gevinst eller nytte på den ene siden (deskriptive elementer av betydningen av kvalitet som faktisk omsorg, helse, handikap, dødelighet, brukeropplevelser eller strukturelle egenskaper ved helsetjenestene) og en normativ referanseramme på den andre siden (preskriptivt element av betydningen av kvalitet som medisinsk kunnskap og kriterier, individuelle ønsker og behov, samfunnsnytte eller verdier). (9) I definisjonen av kvalitet i helsetjenestene forsøker en å balansere de deskriptive og preskriptive elementene av kvalitet.

Den generelle definisjonen av kvalitet er *i hvilken grad en samling iboende egenskaper oppfyller krav* og gjelder på tvers av samfunnssektorer. (10)

Kvalitet kan vurderes på individnivå og på gruppenivå. Kvalitet på individnivå er gjerne knyttet til i hvilken grad pasienten har fått relevant behandling for den aktuelle tilstanden, om behandlingen er gjennomført uten unødvendig venting, om den er utført av kvalifisert personell basert på beste tilgjengelige kunnskap og om pasienten og pårørende er blitt involvert i behandlingen, samt om pasienten er påført unødvendig skade. Resultatet av behandlingen inngår ikke i definisjonen av kvalitet på individnivå da utfallet vil påvirkes av sykdommens eller skadens art og alvorlighet. På gruppenivå er det derimot naturlig å bruke behandlingsresultater som kvalitetsmål, som for eksempel overlevelse etter hjerteinfarkt, overlevelse etter hjerneslag eller sykehusinfeksjoner. (11)

### 2.1 Nasjonale føringer for kvalitet og pasientsikkerhet

Myndighetene gir føringer for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Dette kommer til uttrykk gjennom stortingsmeldinger, innstillinger til Stortinget, i form av lov og forskrift,

offentlige utredninger, faglige retningslinjer, finansiering og andre målrettede tiltak som kvalitetsstyrt finansiering og etablering av pasientsikkerhetsprogrammet. Gjennom oppdragsdokumentet gir Helse- og omsorgsdepartementet konkrete styringsmål for helseforetakene. I denne sammenhengen vil jeg trekke fram den nasjonale strategien for kvalitetsarbeid og de nasjonale kvalitetsindikatorerne som viktig grunnlag for kvalitetsarbeidet.

Nasjonal kvalitetsstrategi ...og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* ble utgitt av daværende Sosial- og helsedirektoratet i 2005 for perioden 2005 til 2015. (12) God kvalitet i helsetjenestene kjennetegnes ved tjenester som er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem medbestemmelse, er samordnede og kontinuerlige, har god ressursutnyttelse, og er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Definisjonen er internasjonalt anerkjent og på linje med den som er gitt av Verdens Helseorganisasjon, OECD og Institute of Medicine i USA. (13-15) Jeg gir her en kort beskrivelse av de ulike dimensjonene av kvalitet:

#### *Virkningsfulle tjenester*

God kvalitet i helsetjenestene innebærer at de som kan ha nytte av en behandling skal få behandlingen basert på oppdatert og tilgjengelig kunnskap. På samme måte er god kvalitet at de som ikke vil ha nytte av en gitt behandling ikke skal utsettes for behandlingen.

#### *Trygge og sikre tjenester*

Trygge og sikre tjenester innebærer helsetjenester som forebygger uønskede hendelser og begrenser konsekvensen av uønskede hendelser.

#### *Involvering av brukerne og gi dem innflytelse*

God kvalitet kjennetegnes ved at brukernes erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene. På individnivå kan pasienten involveres i beslutninger som angår egen behandling. På systemnivå kan pasienter påvirke tjenestene gjennom brukerundersøkelser.

#### *Samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet*

Det er et mål at tjenestene som pasienten får skal være en mest mulig sammenhengende kjede av koordinerte tiltak.

#### *God ressursutnyttelse*

God kvalitet betyr at ressursene brukes på en måte som gir pasienten og samfunnet størst mulig gevinst.

#### *Tilgjengelige og rettferdig fordelte tjenester*

Helsetjenestene har god kvalitet når alle potensielle brukere ivaretas med lik mulighet for å ta i bruk tjenestene.

#### *Kvalitetsindikatorer*

Det nasjonale systemet for kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten ble innført i 2003 som en viktig premiss for fritt sykehusvalg og forbedringsarbeid i helseforetakene. Siden 2012 har Helsedirektoratet hatt et lovpålagt ansvar for kvalitetsmålinger og faglige retningslinjer.

Kunnskap om kvalitet og variasjon i tjenestene er en forutsetning for å øke kvaliteten i helsetjenestene. Nasjonale kvalitetsindikatorer omfatter hele helse- og omsorgstjenesten og gir verdifull kunnskap om kvaliteten av helsetjenestene. Hensikten med de nasjonale kvalitetsindikatorerne er blant annet å legge til rette for informerte valg i befolkningen og understøtte kontinuerlig forbedringsarbeid på tjenestenivå. (16) Ved utgangen av 2017 var det 171 indikatorer. (17)

*Tabell 1 viser antall kvalitetsindikatorer tilgjengelig innenfor de ulike dimensjonene av kvalitet pr 2016. Basert på helsenorge.no og Stortingsmelding Kvalitet og pasientsikkerhet 2016 (4)*

Kvalitetsdimensjon	Måleområder	Antall indikatorer
Virkningsfulle tjenester	Overlevelse	5
	Morbiditet og mortalitet	0
	Funksjon og mestring	0
	Oppnå ønsket utfall	1
	Pasientrapportert resultat	0
Trygge og sikre tjenester	Pasientsikkerhet	30
	Riktig behandlingsnivå	0
	Retningslinjer og behandlingsforløp	6
	Beredskap i helsetjenesten	2
Involvering av bruker og gi	Bruker-/pårørendeerfaring	14
	Bruker-/ pårørendemedvirkning	0

Kvalitetsdimensjon	Måleområder	Antall indikatorer
innflytelse	Bruker-/ pårørendeopplæring	0
	Informasjon og kommunikasjon til bruker og pårørende	0
Samordnet og preget av kontinuitet	Behovsplanlegging og kartlegging	10
	Samhandling og kommunikasjon mellom tjenester	2
	Koordinering av tjenester og aktører	2
	Helhetlig pasientforløp	56
Utnytte ressurser	Ønsket utfall på riktig behandlingsnivå til lavest innsats	0
	Overforbruk	0
	Forebygging	3
	Kostnadseffektiv behandling	0
	Effektive pasientforløp og ressursplanlegging	1
Tilgjengelighet og rettferdig fordeling	Rett tjeneste til rett tid	18
	Personell og kompetanse	3
	Tilgang på ressurser og utstyr	1
	Tilgang og fordeling av tjenester	11
	Informasjonstilgjengelighet	4

Som det fremgår av Tabell 1 er det stor variasjon i antall måleområder innenfor hver dimensjon av kvalitet. Antallet indikatorer innenfor de ulike kvalitetsdimensjonene varierer fra 70 indikatorer innen *samordnet og kontinuerlige tjenester* til 4 indikatorer innenfor *utnytting av ressursene*.

Tolkningen av spesielt resultatindikatorerne må skje med varsomhet da en rekke faktorer kan påvirke resultatene. En høy mortalitet ved ett sykehus betyr ikke nødvendigvis at kvaliteten ved dette sykehuset er dårligere enn andre sykehus. For eksempel kan dødeligheten være



høyere ved små lokalsykehus sammenliknet med større sykehus med regionfunksjoner fordi pasienter tilbakeføres til lokalsykehus når behandlingen er avsluttet. Videre kan ulike sykehus ha ulike oppgaver der ulike funksjoner er fordelt mellom sykehus som også påvirker statistikken. Kvalitetsindikatorerne er derfor ikke egnet til å rangere sykehus, men egner seg best til å flagge områder det kan være viktig å se nærmere på i et forbedringsøyemed.

I tillegg til de nasjonale kvalitetsindikatorerne finnes lovbestemte helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Lovbestemte helseregistre, som dødsårsaksregisteret og norsk pasientregister, forvaltes av Helsedirektoratet mens medisinske kvalitetsregistre forvaltes av de regionale helseforetakene. Hensikten med helseregistrene er å skaffe kunnskap om medisinsk behandling som utgangspunkt for beslutninger og kvalitetsforbedring. I 2017 var det 17 lovbestemte helseregistre i drift og 54 nasjonale kvalitetsregistre.

Mye tyder på at det fortsatt er rom for å forbedre kvalitetsregistrene samt å utnytte kunnskapen som ligger i registrene til kvalitetsforbedring. Ifølge Riksrevisjonens undersøkelse fra 2017 hadde mange av helseregistrene data som ikke ble brukt samtidig som kvaliteten ved mange av registrene ikke tilfredsstilte kravet til kvalitetsindikator. (18)

## **2.2 Uønskede hendelser og pasientskader**

Uønskede hendelser og pasientskader er en betydelig utfordring for helseforetakene og en viktig dimensjon av kvalitet i helsetjenesten. Jeg vil derfor omtale dette spesielt.

En uønsket hendelse kan defineres som et utilsiktet og uønsket resultat uten hensyn til konsekvenser eller årsak og bidrar til sykelighet og mortalitet globalt. (19) Helsedirektoratet definerer pasientskade som ”utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.” (20)

Omfanget av uønskede hendelser og pasientskader ble løftet i den kollektive bevisstheten i 1999 da Institute of Medicine i USA publiserte rapporten *To Err is Human*. (21) Rapporten slo fast at det døde flere pasienter som følge av uønskede hendelser og pasientskader enn det døde personer i trafikken hvert år, med tilhørende kostnadene som utgjorde 4% av totale helsekostnader i 1996. (21) Rapporten var på mange måter starten på en internasjonal bevegelse for bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

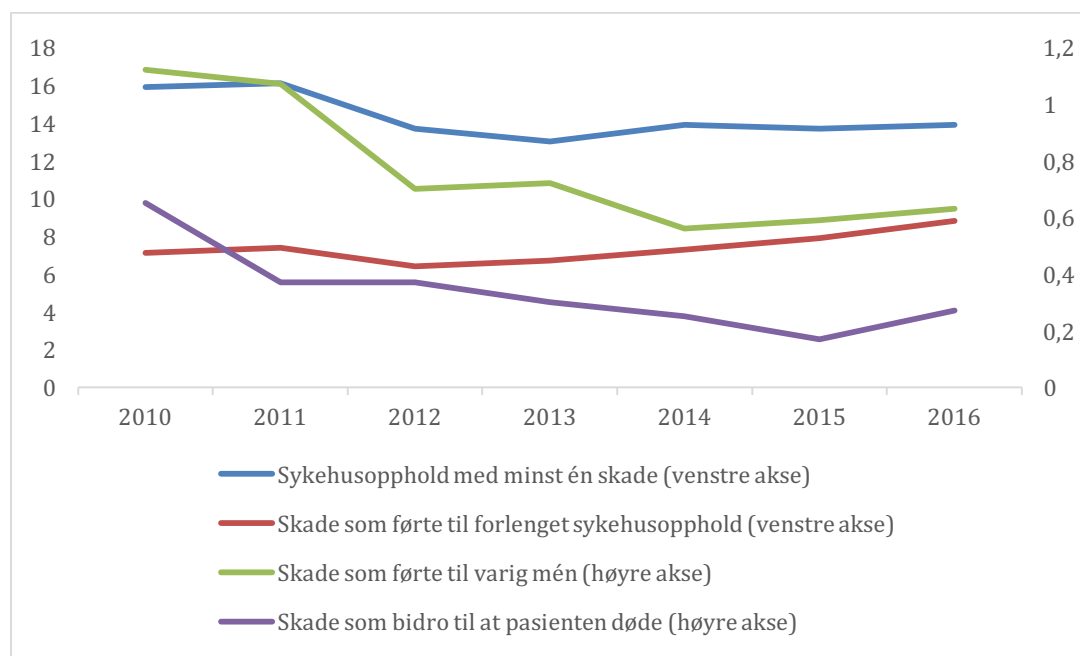
Tilsvarende publiserte Department of Health i Storbritannia rapporten *An Organisation with a Memory* som konkluderte med at 10 % av pasientene, tilsvarende 850 000 personer, ble

utsatt for skader som til sammen kostet 2 milliarder pund i direkte kostnader. (22) I 2000 viet BMJ mars-utgaven til *Reducing error, improving safety*.

I Norge satte legen Peter F Hjort ansikt på uønskede hendelser og pasientsikkerhet gjennom publikasjoner inspirert av egne opplevelser med helsetjenestene. (23)

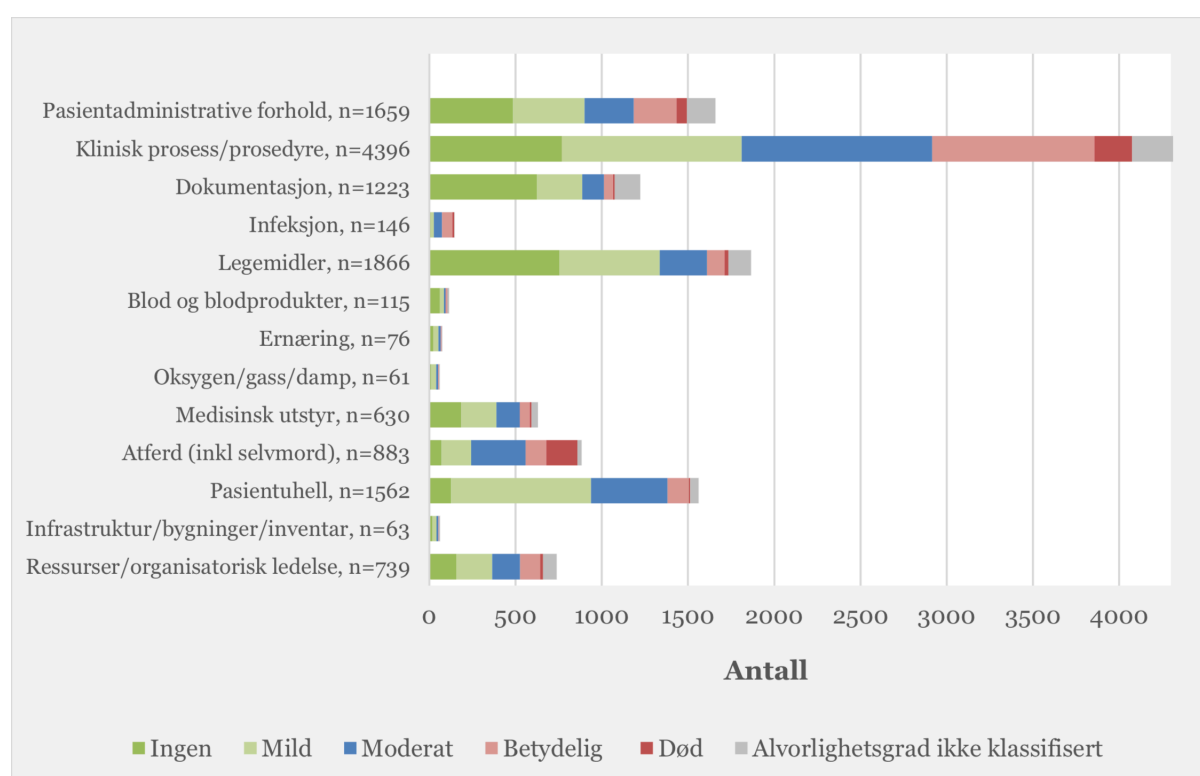
Til tross for økt oppmerksomhet gjennom snart 20 år er uønskede hendelser og pasientsikkerhet fortsatt en betydelig utfordring og årsak til sykelighet og dødelighet globalt. Det eksakte omfanget av pasientskader i Norge er ukjent, men data fra ulike kilder som retrospektiv journalgjennomgang, meldesystemer, erstatningskrav, resultater av tilsyn og brukeropplevelser gir en indikasjon på omfanget av pasientskader. Det er en viktig erkjennelse at feil skjer som følge av systemsvikt og ikke primært som følge av individuelle feil. (21)

Systematisk retrospektiv journalgjennomgang (Global Trigger Tool) har vært i bruk i Norge siden 2010 for å kartlegge omfanget av pasientskader i helseforetakene. I perioden mellom 2010 og 2016 har andelen pasientskader falt fra 16 % til 13,9 %. (20) Myndighetenes mål er å redusere andelen pasientskader med 25 % fra 2012-nivå innen utgangen av 2018. De vanligste lettere skadene er relatert til legemidler og kirurgiske komplikasjoner, mens de alvorlige skadene er som følge av postoperative sårinfeksjoner.



Figur 1 viser utviklingen av pasientskader i prosentandel av alle sykehusopphold for 2010 til 2016 basert på systematisk retrospektiv journalgjennomgang. Høyre akse gjelder for skader som førte til varig mén og død. Figuren er basert på tall publisert i rapporten om pasientskader i 2016 publisert av Helsedirektoratet. (20)

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten har etter spesialisthelsetjenesteloven §3-3 plikt til å melde om hendelser som har gitt betydelig personskade eller som kunne ha ført til betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten gjennom å avklare årsaker og forebygge uønskede hendelser. Helsedirektoratet tok i 2016 imot 9875 meldinger som kunne klassifiseres etter hendelsestype og alvorlighet. De fleste uønskede hendelsene var knyttet til kliniske prosesser og prosedyrer. (Figur 2). Betydelig skade ble registrert i 1330 tilfeller, hvorav 435 meldinger dreide seg om dødsfall. (24) Riksrevisjonen slår i sin rapport fast at helseforetakene i liten grad bruker informasjon fra avviksmeldingene til å identifisere risikoområder og til å initiere forbedringsarbeid. (25)



Figur 2 viser uønskede hendelser meldt til Helsedirektoratet fordelt på hendelsestype og alvorlighetsgrad. (24)

Undersøkelsenheten i Statens Helsetilsyn ble etablert i 2010, først som en prøveordning, og senere lovfestet i 2012. Enheten mottar og behandler varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, jamfør spesialisthelsetjenesteloven §3-3a. Siden oppstarten i 2010 har det vært en jevn økning i antall meldte hendelser. I 2016 mottok enheten 587 varsler om alvorlige hendelser som fordelte seg likt mellom somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern. Snaut halvparten (42%) av sakene ble oversendt til fylkesmannen for tilsynsmessig oppfølging. Én prosent av tilfellene ble fulgt opp med stedlig tilsyn. (26)

Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er en statlig etat underlagt Helse- og omsorgsdepartementet som behandler erstatningskrav fra pasienter som er utsatt for pasientskade. I 2016 mottok NPE 5629 krav om erstatning. Det ble gitt medhold i 32% av sakene og utbetalt i overkant av 900 millioner kroner til pasienter og pårørende.

Pasientskader beløper seg til store kostnader. I en svensk undersøkelse ble det anslått at uønskede hendelser førte til 900 000 ekstra liggedager som utgjorde en årlig kostnad på 9 milliarder svenske kroner eller 13-14 % av den totale kostnaden for sykehustjenester i Sverige (SEK 65 milliarder pr år). (27) I en rapport fra OECD ble det anslått at 15% av kostnadene til sykehustjenester oppstod som følge av pasientskader og manglende pasientsikkerhet. (28) I tillegg kom samfunnskostnadene knyttet til tapt tid på grunn av skade, tapt produktivitet og andre konsekvenser som følge av skade for pasienten og deres nærmeste.

Uønskede hendelser og pasientskader er et betydelig problem globalt. I USA er pasientskader anslått å være den tredje hyppigste årsaken til død, etter hjertesykdom og kreft. (29) I OECD landene varierer den rapporterte frekvensen av uønskede hendelser i sykehus fra 3,7% til 16,6% (30,31) der andelen av hendelser som kunne vært unngått varierer fra 40% til mer enn 70 % av tilfellene. (32,33) Tilsvarende undersøkelser fra Sverige viste at uønskede hendelser skjedde ved 12,3% av sykehusoppholdene, hvorav 70% av hendelsene kunne vært unngått, med et gjennomsnittlig forlenget sykehusopphold på 6 døgn. (34) (27)

## **2.3 Styret i helseforetakene**

Stortinget og regjeringen styrer helseforetakene indirekte gjennom de regionale helseforetakene (eierstyring), gjennom helselovgivningen, samt gjennom prioriteringer i Stortingets årlige budsjettbehandling. For å plassere styret i helseforetakene i en større kontekst vil jeg gjøre rede for styrets plass i den statlige eierstyringen.

### *Statlig eierstyring*

Statlig eierstyring av helseforetakene skjer indirekte gjennom fastsetting av vedtak, utnevning av styremedlemmer til regionale helseforetak og gjennom enkeltstående vedtak i det årlige foretaksmøtet i de regionale helseforetakene rettet mot styret. Eierstyring kan ikke skje utenom foretaksmøtet (§16). Basert på rammene og målene som Helse- og omsorgsdepartementet gir vil de regionale helseforetakene i sin eierstyring utvikle strategier, planer og budsjetter som danner grunnlag for eierstyringen av helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementet formulerer krav og mål til de regionale helseforetakene i oppdragsdokumentet som overleveres de regionale helseforetakene i foretaksmøtet. I oppdragsdokumentet stiller helse og omsorgsdepartementet krav til hvilke oppgaver som skal løses av det regionale helseforetaket det påfølgende året samt den økonomiske rammen som stilles til disposisjon. Mens økonomisk styring tidligere ble viet stor oppmerksomhet i oppdragsdokumentet har vi gjennom de senere årene sett en dreining mot større oppmerksomhet om innholdet og kvaliteten i tjenestene. I oppdragsdokumentene for 2018 er kvalitet og pasientsikkerhet ett av tre overordnede mål. (35) Dette er et tydelig uttrykk fra regjeringen om at styringen av kvalitet er like viktig som styringen av økonomi. (6)

### *Bevilgninger*

Som bevilgende myndighet gjør Stortinget helsepolitiske prioriteringer og fastsetter de økonomiske rammene for helseforetakene. Finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten gir sterke insentiver for organisering av virksomheten som kan bidra til måloppnåelsen av helsepolitikken. Gjennom finansieringssystemet legger departementet til rette for nye måter å løse oppgavene på som for eksempel endret oppgavefordeling mellom helsepersonellgrupper, ambulante tjenester, teambaserte tjenester, samt nettbasert behandling. (36) For å øke den samlede måloppnåelsen i kvalitetsarbeidet ble kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten innført som en prøveordning i 2014. Ordningen medførte at 500 millioner kroner av rammefinansieringen av helseforetakene ble knyttet til kvalitetsmål. Kunnskapsgrunnlaget for ordningen med økonomiske insentiver for fremme av kvalitet i helsetjenesten er derimot begrenset. Internasjonale studier av tilsvarende ordninger viser at ordningen kun har en kortvarig effekt på måloppnåelsen. (37)

### *Lovgivning*

Stortinget og regjeringen har vist stor vilje til å bruke lovgivning og forskrifter for å oppnå mål i helsetjenestene. Lovene gir virksomheter og helsepersonell definerte plikter og pasientene definerte rettigheter som kan bidra til måloppnåelsen om bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven regulerer virksomhetens og helsearbeidernes plikter, mens pasient- og brukerrettighetsloven regulerer pasientenes rettigheter. Selve formålet med mye av lovgivningen er å bidra til bedre kvalitet i tjenestetilbudet, likeverdige tjenester, best mulig ressursutnyttelse, tjenestetilbud som er tilpasset pasientenes behov, samt tilgjengelighet av tjenestene. Spesialisthelsetjenestelovens §3-4a pålegger enhver som yter helsetjenester å *sørge for at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*. Forskriften om ledelse og

kvalitetsforbedring trådte i kraft 1. januar 2017 og erstattet internkontrollforskriften. Forskriften fastslår tydelig at planlegging, gjennomføring og korrigerende av virksomheten er toppledelsens ansvar. (38)

### *Styrets rolle og ansvar*

Styret ved det enkelte helseforetaket er virksomhetens øverste ledelse og har et spesielt ansvar for at myndighetenes mål for kvalitet og pasientsikkerhet innfris. Styrets ansvar, oppgaver og sammensetning er gitt av helseforetaksloven. Det er styret i de regionale helseforetakene som oppnevner styrene i helseforetakene i regionen og som utarbeider instruksene til styrene. Hensikten med instruksene til styret er å beskrive rammene for styrets arbeid, og omhandler styrets ansvar, funksjon knyttet til strategi, saksbehandling og oppgaver knyttet til oppfølging av driften av helseforetaket. Ordlyden i instruksene til styret varierer fra foretak til foretak med en del likhetstrekk.

Styret har forpliktelser som er gitt styret gjennom lov og instruks og omfatter plikten til å legge til rette for forsvarlig organisering sånn at virksomheten er i stand til å levere helsetjenester i henhold til lovgivningen (blant annet spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven, arbeidsmiljøloven og forurensningsloven). Videre skal styret føre tilsyn med daglig ledelse og sikre at foretakets virksomhet er i tråd med overordnede styringskrav, vedtatte planer og innenfor tildelt økonomisk ramme. (39) Hvert enkelt styremedlem er erstatningspliktig dersom det har gjort seg skyldig i feil eller forsømmelser i kraft av styrevervet. Gjeldende rettspraksis tilsier at styremedlemmer kan stilles til ansvar når styret har unnlatt å foreta seg noe. (45) For å redusere den økonomiske risikoen for styremedlemmene er det tegnet en styreforsikring.

Styrene i helseforetakene består av eierrepresentanter og representanter valgt blant de ansatte. Eierrepresentantene utpekes av styret i de regionale helseforetakene i foretaksmøtet og utgjør flertallet i styrene. Inntil en tredjedel av representantene skal velges av og blant de ansatte i foretaket. Alle styremedlemmene er likeverdige og har det samme ansvaret. Det er ingen krav til kompetanse til det enkelte styremedlemmet, men styret som kollegium skal inneha tilstrekkelig kompetanse til å løse oppgavene som er gitt.

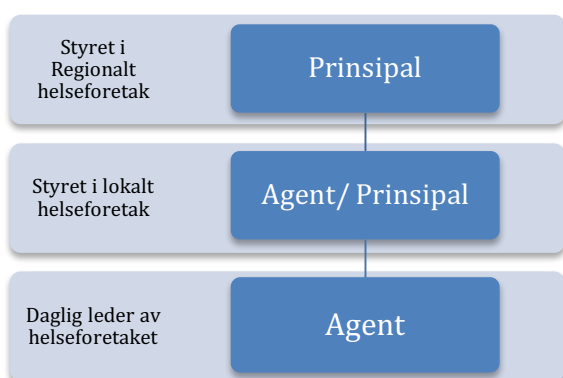
## **2.4 Styreteorier**

Det eksisterer en rekke teorier for hvordan styret fungerer og hvordan det bidrar til virksomhetens resultater. I denne sammenhengen vil jeg kort trekke fram fire teorier for styrearbeid; ”prinsipal-agent teorien”, ”stewardship teorien”, ”stakeholder teorien” og

”ledelseshegemoni”.

### *Prinsipal-agent teorien*

Virksomheten kan sees på som et verktøy for å få gjennomført komplekse arbeidsoppgaver på vegne av en eier. Den som ønsker å få oppgavene utført gjennom organisasjonen omtales som prinsipal, mens den som gjennomfører er agenten. I helseforetakene er styret agent i forhold til det regionale helseforetaket og prinsipal i forhold til daglig leder.



*Figur 3 viser hvordan styret i helseforetaket er både prinsipal og agent i henhold til agentteorien.*

Prinsipal-agentteorien baserer seg på antagelsen om at eier (prinsipal) og de som styrer (agenten) har ulike interesser og preferanser. I denne teorien vil agenten handle basert på egne interesser og preferanser uavhengig av eiers interesser, dersom han får anledning. Prinsipalen vil derfor søke å lage regler og insentiver for å få agenten til å handle etter prinsipalens interesser. Ifølge agentteorien er prinsipalens (styrets) viktigste oppgave å monitorere agenten (virksomheten ved daglig leder) gjennom å etablere systemer for monitorering og kontroll. (40)

### *Stewardship teorien*

Stewardship teorien er rakte motsetningen til agentteorien og tar utgangspunkt i tillit mellom mennesker og antagelsen om at medarbeiderne motiveres av mer enn egen vinning. Teorien legger til grunn at ledere ønsker å gjøre en god jobb og vil være effektive forvaltere av organisasjonens ressurser. Resultatet er at styret og ledere oppfattes som partnere som jobber mot et felles mål. I henhold til denne teorien er ikke styrets viktigste oppgave å kontrollere virksomheten, men å legge til rette for at virksomheten skal nå fastsatte mål. (40)

### *Stakeholder teorien*

Stakeholder teorien antar at det er et uttal konkurrerende og samarbeidende interesser i organisasjonen og fokuserer på hvordan de ulike interessene kan bli adressert, integrert og balansert. Styrets oppgave er da å representere de ulike interessentene i virksomheten. (41)

### *Ledelseshegemoni*

Teorien legger til grunn at det er ledelsen som i realiteten kontrollerer styret og som står for beslutningene i organisasjonen. Dette kan skje fordi ledelsen besitter kunnskapen og kontrollerer viktige ressurser i organisasjonen. I henhold til denne teorien er styret en passiv part som oppfattes som et formalorgan. (40)

### *Styroller i to dimensjoner*

I henhold til Garratt kan styrets roller beskrives i to dimensjoner – ”conformance” og ”performance”. (42) ”Conformance” handler om tilpasning til krav og kan ha et eksternt eller et internt fokus. Ekstern tilpasning (accountability) handler om etterlevelse av lover og regler, mens internt fokus handler om kontroll gjennom tilsyn med virksomheten (supervision of management). (Tabell 3). Det kortsiktige fokuset på tilpasning sammenfaller i stor grad med agentteorien syn på styrets oppgaver. (40)

”Performance” dimensjonen på den andre siden har et langsiktig fokus på gjennomføring og relaterer seg til kontinuerlig forbedring av virksomheten. På den måten skiller ”performance” dimensjonen seg fra ”conformance” dimensjonen ved oppgaver som er knyttet til utvikling av virksomheten mot et mål. Dimensjonen deles inn i to funksjoner; prinsippformulering og strategisk tenkning. Det langsiktige fokuset på måloppnåelse og kontinuerlig forbedring sammenfaller i stor grad med stewardship teorien.

*Tabell 2 viser de fire viktigste rollene til styret. Oversatt og tilpasset etter Garratt (42) og Cornforth og Chambers (40).*

	<b>Kortsiktig fokus på tilpasning til krav (conformance)</b>	<b>Langsiktig fokus på gjennomføring (performance)</b>
<b>Eksternt fokus</b>	<p><i>Ansvarlighet (accountability)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etterse at eksterne forpliktelser overfor eier og lovgiver innfris</li> <li>• Revisjon, inspeksjon og rapportering</li> </ul>	<p><i>Prinsippformulering (policy)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulering av visjon og verdier</li> <li>• Beslutte langsiktige mål</li> <li>• Sørg for hensiktsmessige retningslinjer og systemer</li> </ul>



<b>Internt fokus</b>	<i>Tilsyn med virksomheten</i>	<i>Strategisk tenkning</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansettelse av daglig leder</li> <li>• Tilsyn med daglig leder</li> <li>• Tilsyn med indikatorer</li> <li>• Tilsyn med ressursutnyttelse og budsjettkontroll</li> <li>• Risikostyring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sette strategisk retning</li> <li>• Utforme langsiktige planer</li> <li>• Beslutte investeringer</li> </ul>

---

## 2.5 Problemstilling

Som jeg har gjort rede for er kvalitet og pasientsikkerhet fortsatt en stor utfordring for helseforetakene. Uønskede hendelser utsetter enkeltmennesker for unødvendig lidelse og påfører helseforetakene og samfunnet store kostnader. Bedre kvalitet og trygge helsetjenester er et uttrykt mål for myndighetene.

Styret ved det enkelte helseforetaket utgjør virksomhetens øverste ledelse og har ansvaret for at virksomheten innfrir myndighetenes forventninger om bedre kvalitet og trygge helsetjenester.

Styrets kunnskap om kvalitetsarbeid og prioritering av kvalitet i styrearbeidet er en viktig forutsetning for kvaliteten i tjenestene. En amerikansk studie viste at styre som prioriterte kvalitet som en av de to viktigste oppgavene presterte bedre på kvalitetsmål sammenliknet med andre som ikke prioriterte kvalitet i styrearbeidet. (43) Andre karakteristikker som viste seg å være av betydning var styremedlemmenes kunnskap om kvalitetsarbeid, at styremedlemmene fikk formell opplæring i forbedringsarbeid, og at styret hadde et kvalitetsutvalg. Andre studier har vist at høy grad av kvalitet var knyttet til hvor mye tid styret bruker på kvalitet i styremøtene, etablering av mål for kvalitetsarbeidet, offentliggjøring av resultatene fra kvalitetsarbeidet, i hvilken grad kvalitet var fast punkt på agendaen i styremøtene, samt regelmessig evaluering av måloppnåelsen innen kvalitet. (44-47)

I hvilken grad styremedlemmene ved helseforetakene har kunnskap om kvalitet og i hvilken grad kvalitet prioriteres i styrearbeidet er ikke kjent. Min hovedproblemstilling er derfor å belyse styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og i hvilken grad kvalitet og pasientsikkerhet prioriteres i styrearbeidet.

Helseforetakene styres direkte av de regionale helseforetakene. Den direkte styringen skjer blant annet gjennom utnevning av flertallet av styremedlemmene. Prioriteringer som de regionale helseforetakene gjør i utnevningen av styremedlemmer til helseforetakene kan gi seg utslag i regionale forskjeller i blant annet kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet i styrearbeidet. Jeg ønsket derfor å undersøke om det var regionale forskjeller i styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap og erfaring med prioritering av kvalitet i styrearbeidet med følgende nullhypoteser:

*H1: Styremedlemmenes vurderingen av egen kunnskap om kvalitet er uavhengig av regional tilhørighet.*

*H2: Styremedlemmenes erfaring med at kvalitet prioriteres i styrearbeidet er uavhengig av regional tilhørighet.*

Styremedlemmene har ulike yrkesbakgrunn. Jeg ønsket også å undersøke om styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet var avhengig av styremedlemmenes yrkesbakgrunn (helsefaglig bakgrunn vs. annen bakgrunn).

*H3: Styremedlemmenes vurderingen av egen kunnskap om kvalitet er uavhengig av styremedlemmenes yrkesbakgrunn.*

Jeg ønsket også å undersøke om aktiviteter som opplæring i forbedringsarbeid, deltagelse på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser eller graden av styreseminarer med kvalitet som tema påvirket styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet.

*H4: Det er ingen sammenheng mellom styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og erfart opplæring i forbedringsarbeid, deltagelse på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser og i hvilken grad det arrangeres styreseminarer med kvalitet som tema.*

# 3 Materiale og Metode

## 3.1 Materiale

Målgruppen for undersøkelsen var styremedlemmer ved norske helseforetak og styremedlemmer ved ideelle private virksomheter som har avtale med et regionalt helseforetak. Blant 19 helseforetak og tre private virksomheter ble det til sammen identifisert 204 styremedlemmer. Styresekretærene ved virksomhetene ble kontaktet pr epost med anmodning om å få tilsendt epostadresser til styremedlemmene for virksomheten. Det ble mottatt epostadresser til totalt 196 styremedlemmer.

## 3.2 Metode

Både kvalitative og kvantitative metoder og en kombinasjon av metodene var aktuelt for problemstillingen. Kvantitativ metode egner seg best for analyse og sammenlikning av relativt store mengder data. Basert på problemstillingen der jeg ønsket å kartlegge styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet blant styremedlemmene i alle helseforetakene var det naturlig å velge en kvantitativ metode. Ulempen med kvantitativ metode er at den ikke sier noe om hva som ligger bak de enkelte svarene. Funn fra kvantitative undersøkelser kan siden være grunnlag for kvalitative undersøkelser i et mindre utvalg.

Til undersøkelsen ble det utarbeidet et spørreskjema. Myndighetenes definisjon av kvalitet i helsetjenestene ble lagt til grunn. Som indikator for prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet i styrearbeidet valgte jeg å bruke kvalitet og pasientsikkerhet som fast tema på agendaen i styremøtene, konkrete uønskede hendelser som tema i styremøtene, i hvilken grad pasienter ble invitert for å fortelle om uønskede hendelser i styremøtet og i hvilken grad den enkelte hadde fått opplæring i forbedringsarbeid. Valg av indikatorer var basert på styreadferd som i andre studier har vist seg å være assosiert med bedre kvalitet sammenliknet med fravær av slik adferd. (45-47)

Spørreskjemaet ble delt inn i seks deler (Vedlegg):

Del 1	Den nasjonale definisjonen av kvalitet i helsetjenestene
Del 2	Evaluering av egen kunnskap om dimensjonene av kvalitet i helsetjenestene
Del 3	I hvilken grad dimensjonene av kvalitet er tema i styremøtene

Del 4	I hvilken grad informasjon om dimensjonene av kvalitet er tilgjengelig i evalueringen av helseforetaket
Del 5	Prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet i styrearbeidet
Del 6	Demografi

UiOs nettløsning for spørreundersøkelser (Nettskjema) ble brukt som elektronisk løsning for publisering av spørreskjema og registrering av svar.

Deltagerne ble bedt om å gradere responsen på spørsmålene på en Likert skala fra 1 til 5 (48):

*Tabell 3 viser Likert skala for spørsmålene 1 til 4.*

Spørsmål 1	(1) "Ingen kunnskap"	(2) "Lite kunnskap"	(3) "Noe kunnskap"	(4) "Høy kunnskap"	(5) "Svært høy kunnskap"	(0) "Vet ikke"
Spørsmålene 2 til 4	(1) "Ikke i det hele tatt"	(2) "I liten grad"	(3) "I noen grad"	(4) "I stor grad"	(5) "I svært stor grad"	(0) "Vet ikke"

Likert skala ble utviklet i 1932 av Rensis Likert (48) for å måle holdninger. Skalaen har gjerne 5 til 7 punkter der respondenter kan rangere i hvilken grad de er enig eller uenig med en påstand. Skalaen er ordinal og svarene kan rangeres, men avstanden mellom hvert svaralternativ er ikke målbar. Styrkene med Likert skala er at den er lett å forstå og intuitiv å fylle ut, mens svakhetene kan være at den ikke er så lett å reprodusere og at den kan være vanskelig å validere.

### **Validering av spørreskjema**

Det ble gjennomført seks kognitive intervjuer hvis hensikt var å sikre at spørsmålene var lett å forstå og at det var lett å svare på spørsmålene. Alle intervjuobjektene var helsearbeidere, hvorav to også hadde styreverv i et helseforetak. Forut for intervjuavtalen ble kandidatene bedt om å fylle ut spørreskjemaet med instruksjon om å vurdere hvor lett det var å forstå spørsmålet og hvor lett det var å svare. Deretter ble det gjennomført et intervju med gjennomgang av spørsmålene der kandidaten ble bedt om å beskrive hvordan han/hun forstod spørsmålet. Basert på intervjuet og generelle tilbakemeldinger på spørreskjemaet ble det gjort tilpasninger for å sikre en entydig forståelse av spørsmålene.

### **Etikk**

Deltagelse i undersøkelsen var frivillig, anonym og basert på respondentenes informerte

samtykke. Det ble ikke registrert elektroniske spor i forbindelse med besvarelsen. Det er en balansegang mellom å samle inn nok informasjon til å besvare problemstillingen og ivareta anonymiteten. Alle spørsmålene hadde svaralternativene ”vet ikke” eller ”ønsker ikke å svare” for at deltagerne skulle ha svaralternativer dersom de ikke ønsket å svare. Studien ble registrert hos Norsk senter for forskningsdata (NSD). (Vedlegg)

### 3.3 Gjennomføring av undersøkelsen

Hvert styremedlem fikk en invitasjon til å delta i undersøkelsen pr epost. Invitasjonen inneholdt informasjon om frivillig og anonym deltagelse samt bakgrunn for undersøkelsen med lenke til spørreskjemaet. Spørreskjemaet var åpent i fire uker og det ble sendt to påminnelser med en ukes mellomrom.

### 3.4 Analyser

Data ble eksportert direkte fra nettskjema til Excel for Mac (versjon 15.28).

For statistiske analyser ble svarene konverterte til numeriske verdier fra 1 til 5 og eksportert til SPSS (versjon 25). Selv om gjennomsnittet av de konverterte verdiene i seg selv ikke gir mening kan verdiene brukes i statistiske analyser for å identifisere eventuelle forskjeller. Parametriske tester ble brukt da disse er mer robuste enn ikke-parametriske tester, selv når antagelser om normalfordeling ikke er tilfredsstillt. (49,50)

T-test ble brukt for å sammenlikne gjennomsnittsverdier mellom to uavhengige variabler. For sammenlikning av flere gjennomsnittsverdier ble enveis ANOVA med post hoc test Tukey brukt ved antatt lik varians eller Dunnetts C ved antatt ulik varians. P-verdi mindre enn 0,05 ble brukt som grense for statistisk signifikans.

Fleiss' kappa er en test for å beregne grad av samsvar mellom observatører når antallet observatører er mer enn to. (56) Verdier mindre enn eller lik null indikerer tilfeldig sammenheng mens verdier mellom 0 og 1 indikerer grad av samsvar der 1 er perfekt samsvar. Testen ble brukt for å analysere graden av samsvar mellom styremedlemmer fra samme helseforetak for spørsmål 2.

Det ble kalkulert tre summevariabler basert på svarene i spørsmålene 1 til 3; *kunnskap om kvalitet, kvalitet som tema i styremøtene og informasjon tilgjengelig om kvalitet*. Variablene ble beregnet som et gjennomsnitt av svarene gitt under spørsmålene 1 til 3.

Lineær regresjon med simultananalyse ble brukt for å belyse en avhengig variabel (*kunnskap om kvalitet, kvalitet som tema i styremøtene og informasjon tilgjengelig om kvalitet*) og flere

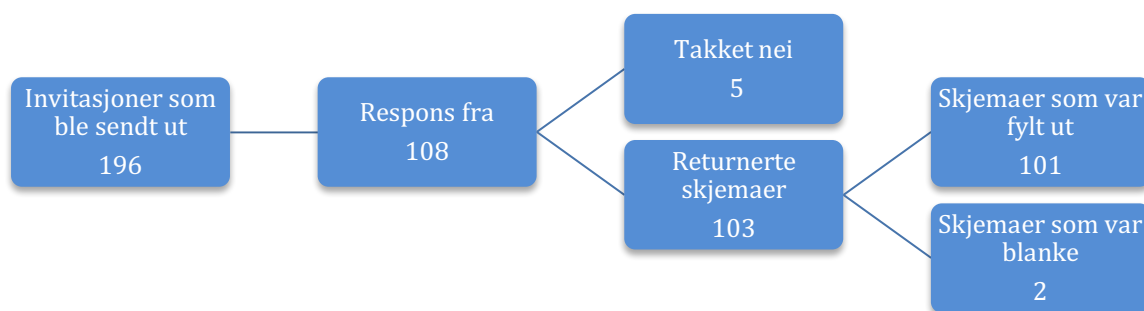
uavhengige variabler. Regresjonskoeffisienten B rapporteres sammen med p-verdi, Pearsons r (R) og justert predikert varians ( $R^2$ ).

# 4 Resultater

## 4.1 Demografi

Av 196 invitasjoner svarte 108 styremedlemmer (55 %) på henvendelsen, hvorav 101 (52 %) takket ja til å delta i undersøkelsen, 5 (3 %) takket nei og 2 (1 %) returnerte ubesvarte skjemaer (Figur 5).

Blant de som svarte på undersøkelsen var 12 styreledere, noe som tilsvarte 54% av mulige styreledere. 61 styremedlemmer (60%) hadde helsefaglig bakgrunn, 39 (39%) hadde annen yrkesbakgrunn, mens 1 (1%) ikke ønsket å oppgi yrkesbakgrunn. Tabell 5 viser svarandel for helseforetakene og private virksomheter som ble invitert til å delta.



Figur 4 Flytskjema som viser antall invitasjoner og returnerte skjemaer.

Tabell 4 viser svarandeler etter styremedlemmenes rolle i styret, yrkesbakgrunn, helsefaglig bakgrunn, tid som styremedlem og regionale tilhørighet.

		Antall	Andel (%)
Styremedlemmets rolle i styret	Styrets leder	12	12%
	Helsefaglig yrkesbakgrunn	3	
	Annen yrkesbakgrunn	9	
	Eierrepresentant	46	46%
	Helsefaglig yrkesbakgrunn	18	
	Annen yrkesbakgrunn	28	
	Ansatterepresentant	36	36%
	Ønsker ikke å svare	5	5%
	Total	99	100%
Styremedlemmets	Helsefaglig yrkesbakgrunn	61	60%

		Antall	Andel (%)
yrkesbakgrunn	Annen yrkesbakgrunn	39	39%
	Ønsker ikke å svare	1	1%
	Total	101	100%
Hvor lenge har du vært styremedlem i helseforetaket?	mindre enn ett år	12	13%
	1-2 år	25	25%
	2-3 år	7	7%
	3-4 år	26	26%
	mer enn 4 år	29	29%
	ønsker ikke å svare	1	1%
	Total	100	100%
Styremedlemmets helsefaglige bakgrunn	Lege	29	47%
	Sykepleier	20	32%
	Annen helsefaglig yrkesbakgrunn	12	19%
	Ønsker ikke å svare	1	2%
	Total	62	100%
Helseregion	Helse Vest	19	19%
	Helse Midt-Norge	13	13%
	Helse Nord	15	15%
	Helse Sør Øst	42	42%
	Privat	7	7%
	Ønsker ikke å svare	5	5%
	Total	100	100%

Tabell 5 viser antall styremedlemmer i styrene, antall inviterte styremedlemmer og svarandel som prosent av antall inviterte.

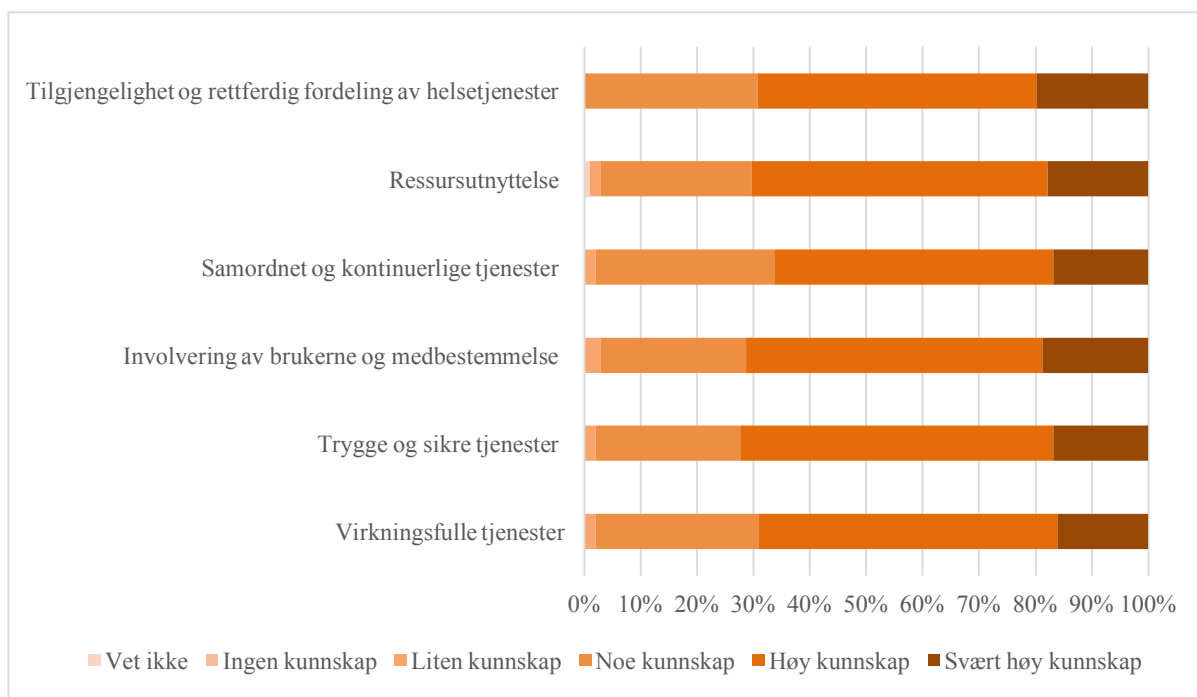
	Antall styre-medlemmer	Inviterte styre-medlemmer	Antall svar	Andel av inviterte
Helse Vest	40	35	19	54 %
Helse Stavanger HF	11	11	8	73 %
Helse Fonna HF	9	7	3	43 %
Helse Bergen HF	10	10	4	40 %
Helse Førde HF	10	7	2	29 %
Ønsker ikke svare			2	
Helse Midt-Norge	29	29	13	45 %
Helse Møre og Romsdal HF	8	8	1	13 %



	Antall styre- medlemmer	Inviterte styre- medlemmer	Antall svar	Andel av inviterte	
Helse Nord	St. Olavs Hospital HF	13	13	4	31 %
	Helse Nord-Trøndelag HF	8	8	5	63 %
	Ønsker ikke svare			3	
		46	46	15	33 %
Helse Sør-Øst	Helgelandssykehuset HF	12	12	3	25 %
	Finnmarkssykehuset HF	11	11	2	18 %
	Nordlandssykehuset HF	11	11	3	27 %
	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	12	12	5	42 %
	Ønsker ikke svare			2	
		64	61	41	67 %
	Akershus Universitetssykehus HF	8	8	3	38 %
Oslo Universitetssykehus	8	8	3	38 %	
Sykehuset Innlandet HF	8	8	3	38 %	
Sykehuset Telemark HF	8	5	5	100 %	
Sykehuset Østfold HF	8	8	4	50 %	
Sørlandet Sykehus HF	8	8	4	50 %	
Vestre Viken HF	8	8	4	50 %	
Sykehuset i Vestfold	8	8	7	88 %	
Ønsker ikke svare			8		
Privat ideell virksomhet	25	25	8	32 %	
Diakonhjemmet AS	8	8	4	50 %	
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	9	9	2	22 %	
Haraldsplass Diakonale Sykehus AS	8	8	2	25 %	
Ønsker ikke å svare			5		
<b>Totalt</b>	<b>204</b>	<b>196</b>	<b>101</b>	<b>52 %</b>	

## 4.2 Kunnskap om kvalitet i helsetjenesten

Figur 6 viser prosentvis fordeling av styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet i helsetjenestene. Flertallet av styremedlemmene vurderte sin egen kunnskap som høy eller svært høy for de ulike dimensjonene av kvalitet (mellom 66% og 72%).



Figur 5 viser prosentvis fordeling av styremedlemmenes evaluering av egen kunnskap om kvalitet i helsetjenesten på en fem-delt skala fra ingen kunnskap (1) til svært høy kunnskap (5).

Styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn angav høyere kunnskap om *virkningsfulle tjenester* og *trygge og sikre tjenester* sammenliknet med de med annen yrkesbakgrunn (Tabell 7). H3 kan derfor forkastes.

Blant styremedlemmene med helsefaglig bakgrunn angav de som var utdannet lege høyere kunnskap om *virkningsfulle tjenester* sammenliknet med andre med helsebakgrunn.

Tilsvarende angav styremedlemmer som var eierrepresentanter høyere kunnskap om *involvering av brukerne* og *tilgjengelighet og rettferdig fordeling av helsetjenester* (Tabell 7).

Det var ingen regionale forskjeller i styremedlemmenes evaluering av egen kunnskap (data ikke vist). Det er derfor ingen holdepunkter for at styrene i de regionale helseforetakene prioriterer ulikt i forhold til kvalitet i utnevningen av styremedlemmer til helseforetakene.

Resultatene viser at styremedlemmene vurderte sin egen kunnskap om kvalitet høyt innen alle dimensjonene av kvalitet, og at kunnskapen innen de ulike dimensjonene var avhengig av styremedlemmenes yrkesbakgrunn og rolle i styret. *Virkningsfulle tjenester* og *trygge og sikre tjenester* handler om den pasientnære behandlingen og er kanskje blant dimensjonene av kvalitet som er lettest for helsepersonell å relatere til. Det er derfor ikke så overraskende at styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn angav at de hadde høyere kunnskap innen disse dimensjonene sammenliknet med styremedlemmer med annen yrkesbakgrunn.

Tabell 6 viser styremedlemmenes evaluering av egen kunnskap om kvalitet i helsetjenesten presentert som et gjennomsnittsmål på en skala fra 1 (ingen kunnskap) til 5 (svært høy kunnskap), totalt for alle helseforetakene, etter yrkesbakgrunn, helsefaglig bakgrunn og rolle i styret.

		Antall	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensintervall for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi
						Nedre grense	Øvre grense	
Virkningsfulle tjenester		99	3,8	0,7				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	4,0	0,6	0,5	0,1	0,3	<0,001
	Annen bakgrunn	39	3,5	0,7				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	4,3	0,6	0,5	0,2	0,8	0,003
	Annen helsebakgrunn	31	3,8	0,6				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,8	0,7	-0,1	0,1	-0,4	0,5
	Ansattererepresentant	36	3,9	0,6				
Trygge og sikre tjenester		100	3,9	0,7				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	4,0	0,7	0,4	0,1	0,7	0,05
	Annen bakgrunn	39	3,6	0,7				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	4,0	0,6	0,1	-0,3	0,4	0,7
	Annen helsebakgrunn	32	4,0	0,6				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,8	0,7	-0,1	-0,4	0,15	0,3
	Ansattererepresentant	36	3,9	0,6				
Involvering av brukerne		100	3,9	0,7				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,8	0,8	-0,1	0,2	-0,4	0,5
	Annen bakgrunn	39	3,9	0,7				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	0,7	-0,1	-0,5	0,3	0,6
	Annen helsebakgrunn	32	3,8	0,8				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	4,1	0,7	0,5	0,2	0,8	0,02
	Ansattererepresentant	36	3,6	0,7				
Samordning av tjenestene		100	3,8	0,7				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,9	0,8	0,2	0,2	-0,1	0,1
	Annen bakgrunn	39	3,7	0,7				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	4,0	0,8	0,1	-0,3	0,5	0,5
	Annen helsebakgrunn	32	3,8	0,7				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,9	0,8	0,2	-0,1	0,5	0,2
	Ansattererepresentant	36	3,7	0,6				

		Antall	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensintervall for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi
Ressursutnyttelse		99	3,9	0,7				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,8	0,7	0,1	0,1	-0,2	0,7
	Annen bakgrunn	38	3,8	0,7				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	4,0	0,7	0,1	-0,3	0,5	0,6
	Annen helsebakgrunn	32	3,9	0,6				
Rolle i styret	Eierrepresentant	57	4,0	0,7	0,3	0	0,6	0,02
	Ansatterepresentant	36	3,7	0,7				
Tilgjengelighet		100	3,9	0,7				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,9	0,7	0	0,1	-0,2	0,8
	Annen bakgrunn	39	3,9	0,7				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	4,1	0,7	0,3	-0,1	0,7	0,09
	Annen helsebakgrunn	32	3,8	0,7				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	4,1	0,7	0,6	0,3	0,8	<0,001
	Ansatterepresentant	36	3,5	0,6				

ANOVA p=0,9

Tabell 7 viser kunnskap om kvalitet som gjennomsnittet av alle dimensjonene av kvalitet totalt for alle helseforetakene.

		Antall	Gj. snitt	Std. avvik	95% konfidensintervall for gjennomsnitt	
					Nedre grense	Øvre grense
Kunnskap om kvalitet	Totalt	98	3,9	0,6	3,7	4,0

Kunnskap om kvalitet kan påvirkes av ulike læringsaktiviteter. En lineær regresjonsanalyse med *kunnskap om kvalitet* som avhengig variabel viste at graden av *deltagelse på kvalitet og pasientsikkerhetskonferanser* var svakt positivt assosiert med kunnskap om kvalitet (Tabell 9) Opplæring i forbedringsarbeid eller styreseminarer med kvalitet og pasientsikkerhet som tema bidro ikke signifikant til egen vurdering av kunnskap om kvalitet. H4 forkastes ikke.

I tolkningen av resultatet må en ta høyde for at styremedlemmer som deltok på konferanser med kvalitet og pasientsikkerhet som tema sannsynligvis også var spesielt interessert i

kvalitetsarbeid, og på den måten hadde mer kunnskap om temaet. Det er derfor tenkelig at det ikke var deltagelsen på konferanser som bidro til kunnskapen om kvalitet, men heller den enkeltes interesse for kvalitet og pasientsikkerhet. Resultatet må derfor tolkes med forsiktighet.

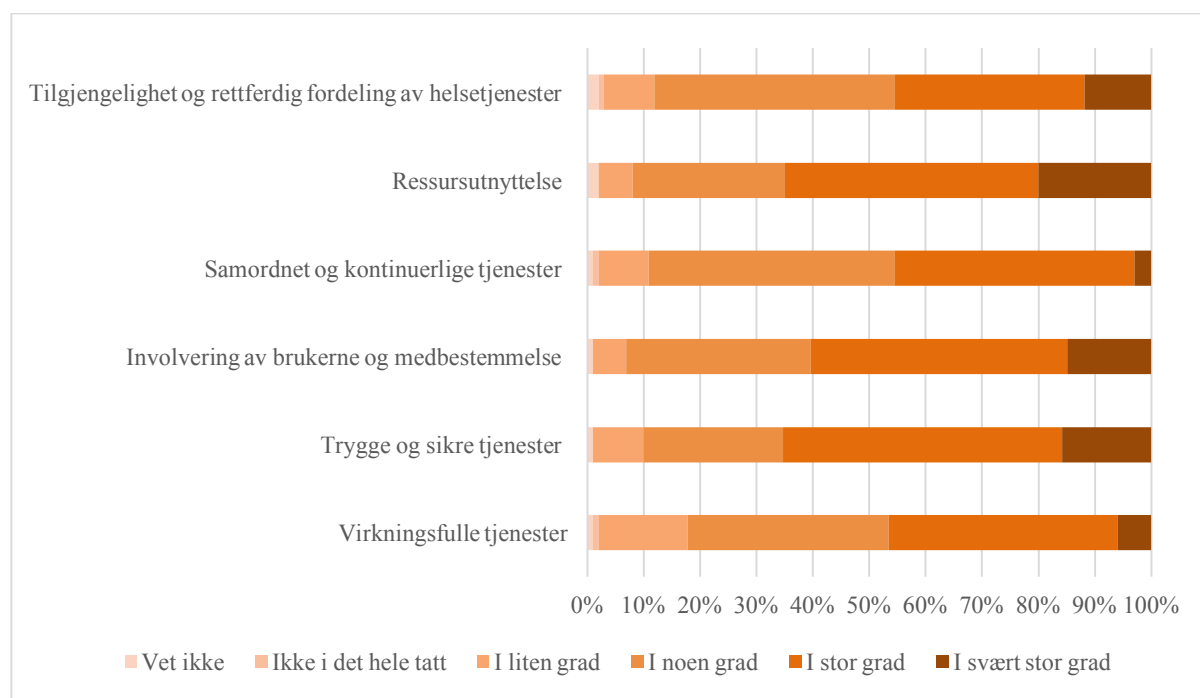
*Tabell 8 viser lineær regresjonsanalyse der kunnskap om kvalitet er avhengig variabel med tre uavhengige variabler*

		B	p-verdi
Avhengig variabel	Kunnskap om kvalitet	3,3	0
Uavhengig variabel	Som styremedlem deltar jeg på kvalitetskonferanser	0,13	0,05
	Som styremedlem har jeg fått opplæring i forbedringsarbeid	0	0,88
	Det arrangeres jevnlig styre-seminarer med kvalitet som team	0,08	0,19

R=0,33 R<sup>2</sup>=0,1

### 4.3 Kvalitet som tema i styremøtene

Figur 7 viser i hvilken grad styremedlemmene erfarte at de ulike dimensjonene av kvalitet var tema på styremøtene.



*Figur 6 viser i hvilken grad de ulike dimensjonene av kvalitet var tema i styremøtene.*

Styremedlemmene erfarte at *trygge og sikre tjenester* og *ressursutnyttelse* i større grad var tema på styremøtene sammenliknet med *virkningsfulle tjenester* og *samordning av tjenestene* (Tabell 10).

I hvilken grad styremedlemmene opplevde at de ulike dimensjonene av kvalitet var tema i styremøtene var avhengig av styremedlemmets yrkesbakgrunn og rolle i styret.

Styremedlemmer med annen yrkesbakgrunn enn helse angav i større grad at *trygge og sikre tjenester* var tema. På samme måte angav eierrepresentantene at *virkningsfulle tjenester*, *trygge og sikre tjenester*, samt *samordning av tjenestene* i større grad var tema sammenliknet med ansatterepresentanter (Tabell 10).

Det var ingen regionale forskjeller i hvilken grad styremedlemmene erfarte at kvalitet var tema på styremøtene (data ikke vist). H2 kan derfor ikke forkastes.

Resultatene viser at styremedlemmene erfarte at dimensjonene av kvalitet i forskjellig grad var tema i styremøtene og at yrkesbakgrunn og rolle i styret var av betydning for hvordan styremedlemmene oppfattet de ulike dimensjonene.

*Tabell 9 viser i hvilken grad kvalitet er tema i styremøtene på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad).*

		Antall	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensintervall I for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi
						Nedre grense	Øvre grense	
Virkningsfulle tjenester		98	3,4 <sup>a,b</sup>	0,9				
Yrkes- bakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,3	0,9	-0,3	-0,6	0,05	0,09
	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	1	0,2	-0,3	0,6	0,5
	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,8				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,8	0,6	0,3	0,9	0,001
	Ansatterepresentant	36	3,0	0,9				
Trygge og sikre tjenester		98	3,7 <sup>a</sup>	0,8				
Yrkes- bakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,6	0,8	-0,4	-0,7	-0,1	0,02
	Annen yrkesbakgrunn	39	4,0	0,8				

		Antall	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensinterval l for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi																																																																																																																																																																																							
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	0,8	0,2	-0,2	0,6	0,3																																																																																																																																																																																							
	Annen helsebakgrunn	32	3,5	0,8					Rolle i styret	Eierrepresentant	58	4,0	0,7	0,7	0,4	1,0	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,4	0,8	Involvering av brukerne		99	3,7 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,7	0,8	0	-0,4	0,3	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,8	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	0,7	0,2	-0,3	0,5	0,6	Annen helsebakgrunn	32	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,9	0,8	0,2	-0,2	0,5	0,4	Ansattererepresentant	36	3,5	0,7	Samordning av tjenestene		98	3,4 <sup>a,c</sup>	0,7					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,3	0,7	-0,3	-0,6	0	0,07	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,7	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	0,9	0,2	-0,2	0,6	0,4	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,7	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8	Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	4,0	0,7	0,7	0,4	1,0	<0,001																																																																																																																																																																																							
	Ansattererepresentant	36	3,4	0,8					Involvering av brukerne		99	3,7 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,7	0,8	0	-0,4	0,3	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,8	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	0,7	0,2	-0,3	0,5	0,6	Annen helsebakgrunn	32	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,9	0,8	0,2	-0,2	0,5	0,4	Ansattererepresentant	36	3,5	0,7	Samordning av tjenestene		98	3,4 <sup>a,c</sup>	0,7					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,3	0,7	-0,3	-0,6	0	0,07	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,7	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	0,9	0,2	-0,2	0,6	0,4	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,7	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8	Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6								
Involvering av brukerne		99	3,7 <sup>a</sup>	0,9																																																																																																																																																																																											
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,7	0,8	0	-0,4	0,3	0,8																																																																																																																																																																																							
	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,8					Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	0,7	0,2	-0,3	0,5	0,6	Annen helsebakgrunn	32	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,9	0,8	0,2	-0,2	0,5	0,4	Ansattererepresentant	36	3,5	0,7	Samordning av tjenestene		98	3,4 <sup>a,c</sup>	0,7					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,3	0,7	-0,3	-0,6	0	0,07	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,7	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	0,9	0,2	-0,2	0,6	0,4	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,7	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8	Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																														
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	0,7	0,2	-0,3	0,5	0,6																																																																																																																																																																																							
	Annen helsebakgrunn	32	3,7	0,9					Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,9	0,8	0,2	-0,2	0,5	0,4	Ansattererepresentant	36	3,5	0,7	Samordning av tjenestene		98	3,4 <sup>a,c</sup>	0,7					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,3	0,7	-0,3	-0,6	0	0,07	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,7	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	0,9	0,2	-0,2	0,6	0,4	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,7	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8	Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																											
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,9	0,8	0,2	-0,2	0,5	0,4																																																																																																																																																																																							
	Ansattererepresentant	36	3,5	0,7					Samordning av tjenestene		98	3,4 <sup>a,c</sup>	0,7					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,3	0,7	-0,3	-0,6	0	0,07	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,7	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	0,9	0,2	-0,2	0,6	0,4	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,7	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8	Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																								
Samordning av tjenestene		98	3,4 <sup>a,c</sup>	0,7																																																																																																																																																																																											
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,3	0,7	-0,3	-0,6	0	0,07																																																																																																																																																																																							
	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,7					Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	0,9	0,2	-0,2	0,6	0,4	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,7	Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8	Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																														
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,4	0,9	0,2	-0,2	0,6	0,4																																																																																																																																																																																							
	Annen helsebakgrunn	32	3,2	0,7					Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8	Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																																											
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,6	0,6	0,5	0,3	0,8	<0,001																																																																																																																																																																																							
	Ansattererepresentant	36	3,1	0,8					Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9	Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																																																								
Ressursutnyttelse		96	3,8 <sup>a</sup>	0,8																																																																																																																																																																																											
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,8	1,0	0,1	-0,3	0,4	0,8																																																																																																																																																																																							
	Annen yrkesbakgrunn	39	3,7	0,9					Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9	Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																																																																														
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,8	1,1	0,1	-0,4	0,7	0,6																																																																																																																																																																																							
	Annen helsebakgrunn	31	3,7	0,9					Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9	Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																																																																																											
Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,8	0,9	0,1	-0,2	0,5	0,5																																																																																																																																																																																							
	Ansattererepresentant	36	3,7	0,9					Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9					Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8	Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																																																																																																								
Tilgjengelighet		97	3,5 <sup>a</sup>	0,9																																																																																																																																																																																											
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,4	1,0	-0,1	-0,5	0,2	0,4																																																																																																																																																																																							
	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8					Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																																																																																																																														
Helse-	Lege	28	3,5	1,1	0,2	-0,4	0,7	0,6																																																																																																																																																																																							

		Antall	Gj. snitt	Std. avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensintervall for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi
faglig bakgrunn	Annen helsebakgrunn	32	3,3	0,9				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,7	0,9	0,5	0,1	0,9	0,009
	Ansatterrepresentant	36	3,1	0,9				

<sup>a</sup> ANOVA p=0,001

<sup>b</sup> signifikant forskjell vs. *trygge og sikre tjenester* og *ressursutnyttelse*, Post Hoc Tukey, p<0,05

<sup>c</sup> signifikant forskjell vs. *ressursutnyttelse*, Post Hoc Tukey, p<0,05

Det er nærliggende å anta at styremedlemmenes erfaring med kvalitet som tema i styremøtene ville være sammenfallende innenfor det samme helseforetaket. Resultatene viser derimot at styremedlemmene fra samme styre i liten grad hadde samme oppfatning av i hvilken grad kvalitet var tema i styremøtene. Fem helseforetak hadde Fleiss' kappa verdi mellom 0,01 og 0,2 (liten grad av samsvar) mens 13 helseforetak hadde verdier mindre enn eller lik null (ingen samsvar). (Vedlegg)

Resultatene støtter en antagelse om at styremedlemmene oppfatter innholdet i diskusjonene forskjellig basert på yrkeserfaring og rolle i styret.

*Tabell 10 viser prioritering av kvalitet som tema i styremøtene som gjennomsnittsverdi for de ulike dimensjonene av kvalitet for alle helseforetakene.*

		Antall	Gj. snitt	Std. avvik	95% konfidensintervall for gjennomsnitt	
					Nedre grense	Øvre grense
Prioritering av kvalitet som tema i styremøtene	Totalt	98	3,6	0,6	3,5	3,7

Lineær regresjonsanalyse viste at det var en positiv og statistisk signifikant (B=0,4 p<0,01) sammenheng mellom styremedlemmenes evaluering av egen *kunnskap om kvalitet* og i hvilken grad de erfarte at *kvalitet var tema på styremøtene*. (Tabell 12) Sagt på en annen måte kunne 14% av styremedlemmenes erfaring med *kvalitet som tema i styremøtene* tilskrives vurdering av egen *kunnskap om kvalitet*. Det er ikke uventet at styremedlemmene som vurderte sin egen kunnskap høyere også erfarte at kvalitet i større grad var tema i



styremøtene. Dette underbygger antagelsen om at det styremedlemmene oppfatter i styremøtene avhenger av den enkeltes forkunnskap.

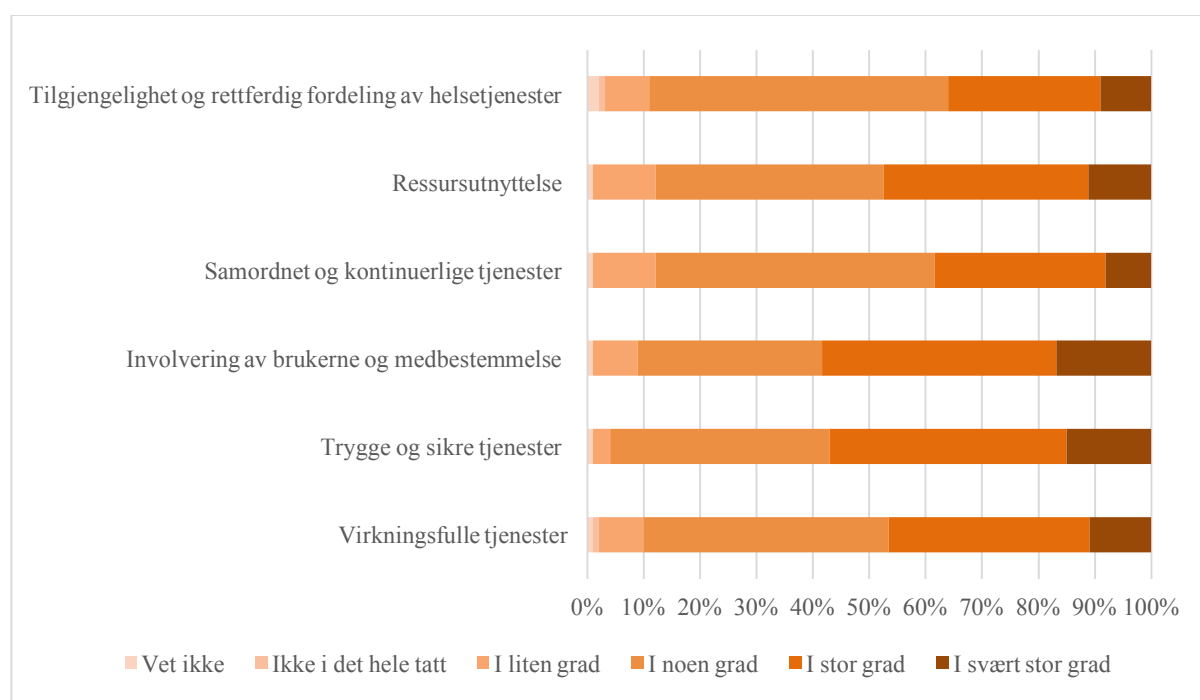
*Tabell 11 viser resultatet av lineær regresjonsanalyse der kvalitet som tema i styremøtet er avhengig variabel og kunnskap om kvalitet er uavhengig variabel.*

		B	P-verdi
Avhengig variabel	Kvalitet som tema i styremøtet	2,0	0
Uavhengig variabel	Kunnskap om kvalitet	0,4	<0,01

R=0,38 R<sup>2</sup>=0,14

## 4.4 Tilgjengelig informasjon om kvalitet i styremøtene

Figur 8 viser i hvilken grad styremedlemmene opplevde at de hadde tilgjengelig informasjon om de ulike dimensjonene av kvalitet i evalueringen av sine respektive helseforetak.



*Figur 7 viser i prosentvis fordeling av i hvilken grad informasjon om kvalitet ble oppgitt å være tilgjengelig i vurderingen av de respektive helseforetakene.*

I hvilken grad informasjon om kvalitet var tilgjengelig i vurderingen av helseforetaket var forskjellig for de ulike dimensjonene av kvalitet (Tabell 13). Spesielt oppfattet styremedlemmene at informasjon om *trygge og sikre tjenester* var tilgjengelig i større grad

sammenliknet med *samordning av tjenester*. Resultatet kan gjenspeile den store oppmerksomheten som har vært viet til pasientsikkerhet de siste årene.

Styremedlemmenes yrkesbakgrunn og rolle i styret var også av betydning for styremedlemmenes erfaring med graden av informasjon som var tilgjengelig. De med annen yrkesbakgrunn enn helsefaglig opplevde i større grad at de hadde tilgjengelig informasjon om *trygge og sikre tjenester*. Tilsvarende opplevde eierrepresentantene sammenliknet med ansattrepresentanter at de i større grad hadde tilgjengelig informasjon om *virkningsfulle tjenester* og *trygge og sikre tjenester*.

Resultatene kan tolkes dithen at styremedlemmenes forkunnskaper og bakgrunn spilte en viktig rolle i forhold til hvordan de oppfattet informasjonen som ble gjort tilgjengelig i styremøtene.

*Tabell 12 viser i hvilken grad informasjon om kvalitet var tilgjengelig i evalueringen av foretaket samlet, basert på styremedlemmenes yrkesbakgrunn, helsefaglig bakgrunn og rolle i styret.*

		Antall	Gj.snitt	Std. avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensintervall for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi
						Nedre grense	Øvre grense	
Virkningsfulle tjenester		98	3,5 <sup>a</sup>	0,8				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,5	0,9	-0,1	-0,5	0,2	0,5
	Annen yrkesbakgrunn	39	3,6	0,8				
Helsefaglig bakgrunn	lege	28	3,6	1,0	0,2	-0,2	0,7	0,3
	Annen helsebakgrunn	32	3,4	0,8				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,7	0,8	0,5	0,2	0,9	0,003
	Ansattrepresentant	36	3,2	0,9				
Trygge og sikre tjenester		97	3,7 <sup>a,b</sup>	0,8				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,6	0,7	-0,3	-0,6	-0,01	0,04
	Annen yrkesbakgrunn	38	3,9	0,8				
Helsefaglig bakgrunn	Utdannet lege	28	3,8	0,6	0,3	-0,1	0,6	0,1
	Annen helsebakgrunn	32	3,5	0,7				
Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,9	0,7	0,5	0,1	0,8	0,04

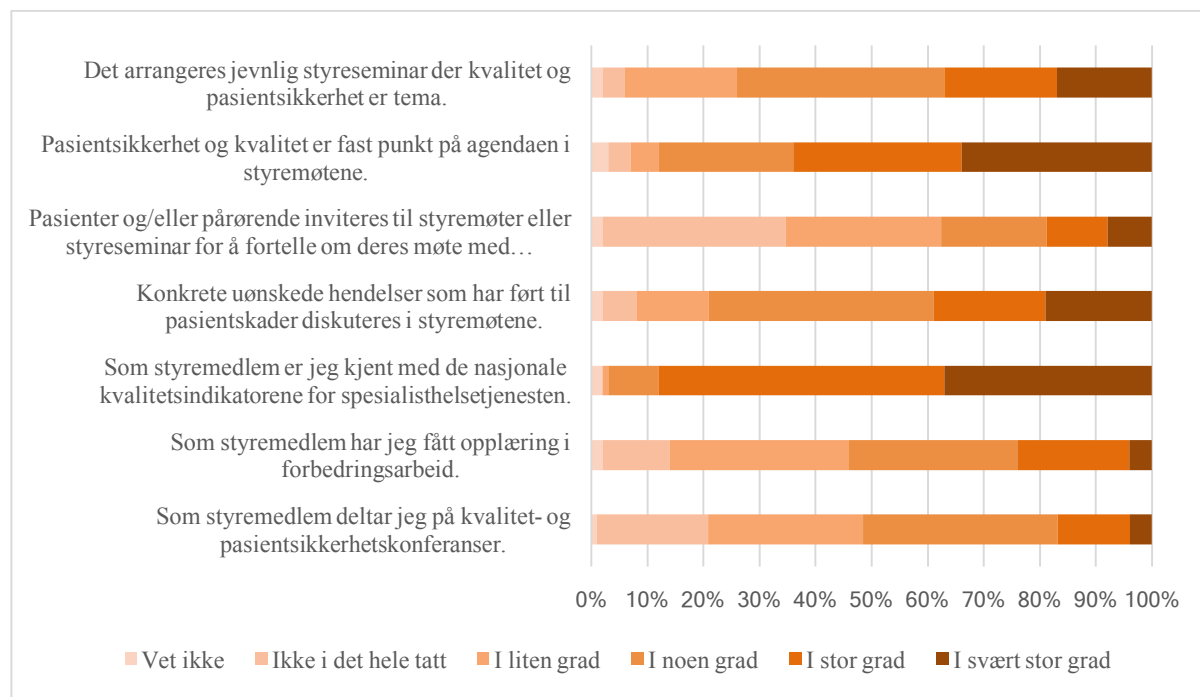
		Antall	Gj.snitt	Std. avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensintervall for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi
styret	Ansatterrepresentant	36	3,4	0,7				
Involvering av brukerne		99	3,7 <sup>a</sup>	0,9				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	60	3,7	0,9	-0,1	-0,5	0,2	0,4
	Annenn yrkesbakgrunn	39	3,8	0,8				
Helsefaglig bakgrunn	Utdannet lege	28	3,8	0,8	0,2	-0,2	0,6	0,4
	Annenn helsebakgrunn	32	3,6	0,9				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,9	0,8	0,4	0	0,7	0,03
	Ansatterrepresentant	36	3,5	0,8				
Samordning av tjenestene		96	3,4 <sup>a</sup>	0,8				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	59	3,4	0,8	0	-0,3	0,4	0,9
	Annenn yrkesbakgrunn	39	3,3	1,0				
Helsefaglig bakgrunn	Utdannet lege	28	3,4	0,8	0	-0,4	0,5	0,8
	Annenn helsebakgrunn	32	3,3	0,8				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,5	0,9	0,4	0	0,7	0,03
	Ansatterrepresentant	35	3,1	0,7				
Ressursutnyttelse		96	3,5 <sup>a</sup>	0,8				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	58	3,5	0,8	0	-0,3	0,3	0,8
	Annenn yrkesbakgrunn	39	3,5	0,9				
Helsefaglig bakgrunn	Utdannet lege	27	3,6	0,9	0,3	-0,1	0,7	0,1
	Annenn helsebakgrunn	31	3,3	0,6				
Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,6	0,9	0,3	-0,1	0,7	0,07
	Ansatterrepresentant	35	3,3	0,7				
Tilgjengelighet		96	3,4 <sup>a</sup>	0,8				
Yrkesbakgrunn	Helsebakgrunn	58	3,4	0,8	-0,1	-0,4	0,3	0,7
	Annenn yrkesbakgrunn	39	3,4	0,9				
Helsefaglig bakgrunn	Utdannet lege	27	3,4	0,9	0,1	-0,3	0,5	0,6
	Annenn helsebakgrunn	32	3,3	0,7				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	3,5	0,8	0,3	-0,01	0,7	0,06
	Ansatterrepresentant	34	3,2	0,8				

<sup>a</sup> ANOVA p=0,02

<sup>b</sup>signifikant forskjell vs. *samordning av tjenestene*, post hoc Tukey,  $p < 0,05$

## 4.5 Prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet

Figur 9 viser styremedlemmenes prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet i styrearbeidet.



Figur 8 viser styremedlemmenes prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært stor grad).

Et flertall av styremedlemmene (67%) hadde erfaring med at kvalitet og pasientsikkerhet i stor eller i svært stor grad var et fast punkt på agendaen i styremøtene. Tilsvarende hadde 38% erfaring med at det i stor eller svært stor grad ble arrangert styreseminarer med kvalitet og pasientsikkerhet som tema. Resultatene indikerer at kvalitet og pasientsikkerhet ble prioritert høyt i de formelle styremøtene, men at det i liten grad ble tematisert i mindre formelle arenaer som styreseminarer.

Et mindretall av styremedlemmene (24%) angav at de i stor eller svært stor grad hadde fått opplæring i forbedringsarbeid, der eierrepresentantene i større grad hadde fått opplæring sammenliknet med ansatterepresentanter (Tabell 14). På samme måte angav 16% at de hadde deltatt på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser. Eierrepresentantene deltok i større grad på slike konferanser sammenliknet med ansatterepresentanter (Tabell 14). Resultatet kan tolkes som at et mindretall av styremedlemmene hadde personlig interesse for kvalitet og

pasientsikkerhet.

Beskrivelser av konkrete uønskede hendelser eller pasientopplevelser kan gi verdifull informasjon om hvordan virksomheten egentlig fungerer. I denne undersøkelsen fant jeg at 39% av styremedlemmene hadde erfart at konkrete uønskede hendelser som hadde ledet til pasientskader ble diskutert i styremøtene. Tilsvarende svarte 19% at pasienter eller pårørende i stor eller svært stor grad hadde blitt invitert til styremøtet eller styreseminar for å fortelle om opplevelser i møtet med helsetjenestene. Både yrkesbakgrunn og rolle i styret var av betydning for styremedlemmenes erfaring med konkrete uønskede hendelser som tema i styremøtene. Styremedlemmer med annen yrkesbakgrunn enn helsefaglig bakgrunn og eierrepresentanter erfarte i større grad at uønskede hendelser var tema i styremøtene. Resultatene indikerer at det er et stort ikke-utnyttet potensiale i å bruke hendelser for å forstå hvordan virksomheten egentlig fungerer.

*Tabell 13 viser gjennomsnittlig verdi for styrenes prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet på en skala fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (i svært høy grad).*

		Antall	Gj. snitt	Std. Avvik	Gj. snittlig forskjell	95% konfidensintervall for gjennomsnittlig forskjell		p-verdi
						nedre grense	øvre grense	
Som styremedlem deltar jeg på kvalitet- og pasientsikkerhetskoneranser.		100	2,6	1,1				
Yrkesbakgrunn	Helsefaglig	60	2,4	1,0	-0,3	-0,7	0,1	0,2
	Annen bakgrunn	39	2,7	1,1				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	2,6	1,2	0,2	-0,3	0,8	0,4
	Annen helsebakgrunn	32	2,4	1,0				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	2,8	1,1	0,7	0,3	1,1	0,001
	Ansatterrepresentant	36	2,1	1,0				
Som styremedlem har jeg fått opplæring i forbedringsarbeid.		98	2,7	1,1				
Yrkesbakgrunn	Helsefaglig	59	2,6	1,1	-0,4	-0,8	0,2	0,1
	Annen bakgrunn	38	3,0	0,9				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	2,8	1,2	0,3	-0,3	0,8	0,4
	Annen helsebakgrunn	32	2,5	1,0				
Rolle i	Eierrepresentant	57	3,1	1,0	0,9	0,5	1,3	<0,001

styret	Ansatterrepresentant	35	2,2	1,0				
Som styremedlem er jeg kjent med de nasjonale kvalitetsindikatorne for spesialisthelsetjenesten.		98	4,3	0,7				
Yrkesbakgrunn	Helsefaglig	59	4,3	0,7	0,1	-0,2	0,3	0,6
	Annen bakgrunn	38	4,2	0,6				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	4,3	0,8	0	-0,4	0,3	0,8
	Annen helsebakgrunn	31	4,3	0,6				
Rolle i styret	Eierrepresentant	56	4,3	0,7	0,2	-0,1	0,5	0,2
	Ansatterrepresentant	36	4,2	0,7				
Konkrete uønskede hendelser som har ført til pasientskader diskuteres i styremøtene.		98	3,4	1,1				
Yrkesbakgrunn	Helsefaglig	58	3,1	1,2	-0,6	-1,1	-0,2	0,007
	Annen bakgrunn	39	3,7	1,0				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	27	3,4	1,0	0,5	-0,1	1,1	0,5
	Annen helsebakgrunn	31	3,0	1,3				
Rolle i styret	Eierrepresentant	56	3,8	1,0	1,1	0,6	1,5	<0,001
	Ansatterrepresentant	36	2,7	1,1				
Pasienter og/eller pårørende inviteres til styremøter eller styreseminar for å fortelle om deres møte med helsetjenestene.		99	2,3	1,3				
Yrkesbakgrunn	Helsefaglig	60	2,4	1,3	0,1	-0,4	0,6	0,7
	Annen bakgrunn	38	2,3	1,2				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	2,5	1,3	0,3	-0,3	1,0	0,3
	Annen helsebakgrunn	32	2,2	1,3				
Rolle i styret	Eierrepresentant	58	2,5	1,3	0,5	-0,1	1,0	0,09
	Ansatterrepresentant	36	2,1	1,2				
Pasientsikkerhet og kvalitet er fast punkt på agendaen i styremøtene.		97	3,9	1,1				
Yrkesbakgrunn	Helsefaglig	57	3,7	1,1	-0,4	-0,9	0	0,07
	Annen bakgrunn	39	4,1	1,0				
Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	4,2	0,9	1,0	0,4	1,5	0,001
	Annen helsebakgrunn	30	3,2	1,2				
Rolle i styret	Eierrepresentant	56	4,2	0,9	0,8	0,4	1,2	<0,001
	Ansatterrepresentant	35	3,4	1,2				
Det arrangeres jevnlig styreseminar der kvalitet og pasientsikkerhet er tema.		98	3,3	1,1				
Yrkesbakgrunn	Helsefaglig	59	3,1	1,1	-0,5	-0,9	-0,2	0,04
	Annen bakgrunn	38	3,6	1,1				

Helsefaglig bakgrunn	Lege	28	3,3	1,1	0,4	-0,1	1,0	0,1
	Annen helsebakgrunn	32	2,9	1,0				
Rolle i styret	Eierrepresentant	57	3,6	1,0	1,0	0,6	1,4	<0,001
	Ansatterepresentant	35	2,6	1,0				

## 5 Diskusjon

Forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet er ett av tre overordnede mål for helseforetakene. I hvilken grad styret i helseforetakene lykkes i arbeidet med å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i virksomheten er avhengig av styremedlemmenes mulighet til å forstå informasjonen som gjøres tilgjengelig for dem, kunnskap til å stille de riktige spørsmålene og til å prioritere kvalitet gjennom kontinuerlig oppfølging av kvalitetsmålene som er gitt gjennom eierstyringen. Vi har lite informasjon om styremedlemmenes kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet i styrearbeidet. Hensikten med denne oppgaven har vært å kartlegge styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet i helsetjenesten og i hvilken grad kvalitet prioriteres i styrearbeidet.

### **Kunnskap om kvalitet**

Det har tidligere vært mye oppmerksomhet rundt styrets sammensetning i form av antall, representasjon og politisk tilhørighet. I den senere tiden har kunnskap om kvalitet og forbedringsarbeid fått mer oppmerksomhet som en forutsetning for å lede og skape de nødvendige endringene som skal til for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. I denne undersøkelsen fant jeg at flertallet av styremedlemmene vurderte egen kunnskap som høy eller svært høy innen alle dimensjonene av kvalitet (mellom 66% og 72%). Dette står i kontrast til amerikanske og engelske funn som viste at henholdsvis en tredjedel og 19% av styremedlemmene hadde betydelig kunnskap om kvalitet. (51) Den antatte forskjellen i kunnskap om kvalitet kan skyldes en forskjell i andel styremedlemmer med helsefaglig yrkesbakgrunn. I min undersøkelse var andelen styremedlemmer med helsefaglig yrkesbakgrunn 61%. Tilsvarende var andelen styremedlemmer med helsefaglig yrkesbakgrunn i NHS mindre enn 30%. (52) Videre fant jeg at styremedlemmer med helsefaglig yrkesbakgrunn vurderte egen kunnskap om kvalitet høyere enn styremedlemmer med annen yrkesbakgrunn innenfor to av dimensjonene av kvalitet. Dette styrker antagelsen om at den relativt høye vurderingen av egen kunnskap om kvalitet kan skyldes den høye andelen styremedlemmer med helsefaglig yrkesbakgrunn.

Internasjonale studier gir holdepunkter for at styremedlemmenes kunnskap er viktig og bidrar til bedre prestasjoner i virksomheten. I en studie fra USA kom det fram at andelen styrer som hadde høy eller svært høy kunnskap om kvalitet var høyere for sykehus som presterte godt på kvalitetsmål (87%) sammenliknet med sykehus som presterte dårligere (66%). (43) I England var andelen styrer med betydelig kunnskap om kvalitet blant de best presterende sykehusene



46%, tilsvarende var andelen for de dårligst presterende sykehusene 26%. (51)

Resultatene fra internasjonale studier er ikke uten videre overførbare til norske forhold. Som jeg har gjort rede for innledningsvis styrer myndighetene helseforetakene gjennom blant annet eierstyring, lovgivning og prioriteringer av bevilgninger. Det er usikkert hvilken styringsmekanisme som har størst innflytelse på kvaliteten i tjenestene, men det er sannsynlig at det er en synergi mellom alle mekanismene. Dette er til forskjell fra USA og England der styrene har en mer sentral rolle i virksomhetens måloppnåelse.

Betydningen av styremedlemmenes kunnskap om kvalitet må også sees i lys av hvordan styrene fungerer. I en styreevaluering gjennomført i 2012 basert på styremedlemmenes egne vurderinger kom det fram at styrene brukte mest tid på kontroll og oppfølging av foretaket med et ønske om å dreie oppmerksomheten mot strategi og utvikling av foretaket. (53) Sett i lys av Garratt (42) sin inndeling av styrets rolle i to dimensjoner gir evalueringen holdepunkter for at styrene til dels fungerer innenfor et kortsiktig fokus på kontroll og etterlevelse ”conformance”, med et ønske om å bevege seg mot et mer langsiktig fokus på gjennomføring (”performance”). Et styre som i hovedsak bruker tiden på kontroll og oppfølging vil kunne bruke kunnskapen om kvalitet til å etterspørre resultater fra kvalitetsarbeidet i sin oppfølging av foretaket. Styrer som jobber mer strategisk med å sette mål for virksomheten vil kunne bruke kunnskapen om kvalitet til å sette riktige kvalitetsmål og sette kvalitet på agendaen i foretaket. En amerikansk studie viste at sykehus hvis styrer etablerte strategiske kvalitetsmål og som etterspurte kvalitetsmål og brukte måltavler for kvalitetsmål hadde lavere dødelighet innenfor diagnosene hjerteinfarkt, hjertesvikt og pneumoni. (45)

### **Tilgjengelig informasjon om kvalitet**

Informasjon om kvaliteten i helseforetaket kan komme fra ulike kilder. De nasjonale kvalitetsindikatorene er aggregert informasjon som baserer seg på informasjon som helseforetakene i stor grad gjør tilgjengelig. Antall indikatorer varierer mellom de ulike dimensjonene av kvalitet (Tabell 1). I undersøkelsen var det forskjell i hvilken grad styremedlemmene erfarte at informasjon om de ulike dimensjonene av kvalitet var tilgjengelig i evalueringen av foretaket. Informasjon om *trygge og sikre tjenester* var i størst grad tilgjengelig sammenliknet med *samordning av tjenestene*. På én side er resultatet forventet gitt den store oppmerksomheten som har vært viet pasientsikkerhet de siste årene. På den andre siden er resultatet påfallende siden *samordning av tjenestene* er den kvalitetsdimensjonen som har flest indikatorer, der en kunne forvente at informasjon i størst

grad var tilgjengelig. En mulig forklaring kan være at informasjonen om kvalitet som gjøres tilgjengelig for styremedlemmene forberedes og presenteres av administrasjonen i helseforetakene, og på den måten er en seleksjon av flere indikatorer.

### **Prioritering av kvalitet i styrearbeidet**

I hvilken grad styret diskuterer kvalitet og har kvalitet som et fast punkt på agendaen sier noe om styrets prioritering av kvalitetsarbeid. Et flertall av styremedlemmene (67%) erfarte at kvalitet og pasientsikkerhet var fast punkt på agendaen i styremøtene i stor eller svært stor grad. De ulike dimensjonene av kvalitet var tema i styremøtene i varierende grad der *ressursutnyttelse* og *trygge og sikre tjenester* i størst grad var tema. Dette stemmer godt overens med funnene fra en stor europeisk studie som omfattet 155 sykehus i syv land der 54% av styrene hadde kvalitet på agendaen i de fleste møtene. (54) Den samme studien fant en positiv sammenheng mellom det å ha kvalitet som et fast punkt på styrets agenda og virksomhetens tilbøyelighet til å engasjere seg i kvalitetsforbedring. Tilsvarende fant en amerikansk studie blant annet at sykehus hvis styre prioriterte kvalitet høyt presterte bedre enn sykehus hvis styre ikke prioriterte kvalitet. (43) Det synes å være en kritisk grense der styrer som bruker mer enn 25% av styretiden på kvalitet presterer bedre. (43)

I hvilken grad styret får opplæring i kvalitetsarbeid kan påvirke kvaliteten på helsetjenestene. I min undersøkelse angav 24% av styremedlemmene at de i stor eller svært stor grad hadde fått opplæring i kvalitetsarbeid. En engelsk studie fra NHS viste at 87% av styremedlemmene hadde fått formell opplæring innen pasientsikkerhetsarbeid. (52) Tilsvarende tall fra en amerikansk studie viste at 32% av styremedlemmene hadde fått opplæring. (43) Det kom også fram at opplæring var langt vanligere i sykehus som presterte godt (49%) sammenlignet med andre sykehus (21%). I en sammenliknende studie mellom amerikanske og engelske sykehus kom det fram at 40% av styremedlemmene hadde fått formalisert opplæring i kvalitetsarbeid. (51)

I min undersøkelse fant jeg holdepunkter for at deltagelse på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser var positivt assosiert med vurderingen av egen kunnskap om kvalitet, mens opplæring i kvalitetsarbeid ikke viste noen sammenheng. Funnet må tolkes med forsiktighet da det er sannsynlig at styremedlemmer som deltar på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser hadde en spesiell interesse for temaet og at vurderingen av egen kunnskap om kvalitet var knyttet til interessen for kvalitetsarbeid snarere enn deltagelsen på konferanser.

Pasienterfaringer og uønskede hendelser gir verdifull innsikt i hvordan virksomheten egentlig fungerer. I min undersøkelse hadde 39% av styremedlemmene erfart at konkrete

pasienterfaringer ble diskutert i styremøtene i høy eller svært høy grad. Tilsvarende hadde 19% av styremedlemmene erfart at pasienter eller pårørende i stor eller svært stor grad ble invitert til styremøtet for å fortelle om egne opplevelser med helsetjenestene. I en undersøkelse blant styremedlemmer i England ble pasienterfaring diskutert på styremøtene hos 83% av styrene. (52) Resultatene tyder på at pasienterfaringer som kilde til kunnskap har et stort ubrukt potensiale i styrearbeidet ved norske helseforetak.

At flertallet av styremedlemmene erfarte at kvalitet og pasientsikkerhet i stor eller svært stor grad var fast punkt på agendaen i styremøtene kan være en indikasjon på at styrene prioriterte kvalitet i styrearbeidet. På en annen side er det en sterk føring fra departementet om at styrene skal sette kvalitet og pasientsikkerhet på agendaen i faste møter og at styrene fører tilsyn med kvalitetsforbedringen. (6) Sett i lys av at relativt få styremedlemmer hadde fått opplæring i forbedringsarbeid og at uønskede hendelser i liten grad ble diskutert i styremøtene er det en viss fare for at den høye frekvensen av kvalitet og pasientsikkerhet som fast punkt på agendaen var et resultat av føringen fra departementet mer enn en følge av å prioritere kvalitet og pasientsikkerhet i styrearbeidet.

### **Styrets sammensetning**

Styrets størrelse og sammensetning er gitt av helseforetaksloven. Sammensetning med tanke på yrkesbakgrunn, klinisk erfaring og kunnskap om kvalitet har betydning for hvordan virksomheten presterer. I denne undersøkelsen vurderte styremedlemmer med helsefaglig bakgrunn sin egen kunnskap om kvalitet høyere sammenliknet med styremedlemmer med annen yrkesbakgrunn, tilsvarende angav leger høyere kunnskap om kvalitet enn annet helsepersonell. Dette er interessant sett i sammenheng med internasjonale studier som har vist at virksomheter som hadde helsefaglig kompetanse blant styremedlemmene oppnådde bedre kvalitet i helsetjenestene. En amerikansk studie antydte at helsefaglig kompetanse i styret var knyttet til bedre kvalitet. (45) Flere studier har vist at styrever med høy andel leger presterte bedre i forhold til kvalitet, med blant annet lavere dødelighet, sammenliknet med styrever med lav andel leger. (45,55,56) Funnene gir holdepunkter for at en bør ta hensyn til styremedlemmenes yrkesbakgrunn, klinisk bakgrunn og kunnskap når styret skal settes sammen og nye styrerepresentanter skal rekrutteres.

Det kan diskuteres i hvilken grad alle styremedlemmene bør ha høy kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet. Det er lite sannsynlig eller hensiktsmessig at alle styremedlemmene skal være eksperter på kvalitet og pasientsikkerhet, men det kan være rimelig at alle har basiskunnskaper som er nødvendig for å forstå utfordringene i virksomheten. Styret opptrer

som et kollegium og det er den samlede kunnskapen om kvalitet og pasientsikkerhet som er relevant i forhold til å skape de nødvendige endringene i foretaket som skal til for bedre kvalitet.

Det er interessant at yrkesbakgrunn synes å påvirke hvordan styremedlemmene oppfatter egen kunnskap, i hvilken grad kvalitet var tema i styremøtene og i hvilken grad informasjon om kvalitet var tilgjengelig i evalueringen av foretaket. Dette kan tyde på at styremedlemmenes forkunnskaper er av betydning for hvordan de oppfatter temaene i styremøtene og informasjonen som gjøres tilgjengelig. Dette kan tas til inntekt for en obligatorisk grunnopplæring av styremedlemmer som også omfatter kvalitetsarbeid.

I denne undersøkelsen ønsket jeg også å undersøke om det var regionale forskjeller i styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og i hvilken grad styremedlemmene erfarte at kvalitet og pasientsikkerhet ble prioritert i styrearbeidet.

Bakgrunnen for dette var en antagelse om at styrene i de regionale helseforetakene gjorde prioriteringer i utnevnelsen av eierrepresentanter til styrene i helseforetakene som ville kunne sees i form av regionale forskjeller i vurderingen av egen kunnskap og prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet. Undersøkelsen ga imidlertid ingen holdepunkter for regionale forskjeller verken med tanke på kunnskap om kvalitet eller prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet i styremøtene. Dette kan skyldes at styrene i de regionale helseforetakene prioriterte kvalitet og pasientsikkerhet like høyt eller like lavt i utnevnelsen av eierrepresentantene, sånn at det ikke oppstod regionale forskjeller.

### **Styrker og svakheter ved undersøkelsen**

Egenrapportering er en enkel og mye brukt metode i kartlegging av temaer av interesse. De fleste vitenskapelige undersøkelsene som baserer seg på egenrapportering har gått gjennom en valideringsprosess som gjør at en med viss sikkerhet kan si at resultatene er pålitelige og gir svar på spørsmålene som ble stilt. Spørreskjemaet jeg brukte i denne undersøkelsen ble testet på kollegaer og medstudenter for å sikre at spørsmålene var lette å forstå og at det var lett å finne svaralternativer. Det ble også gjennomført seks intervjuer hvis hensikt var å bekrefte at alle hadde den samme forståelsen av spørsmålene. Undersøkelsen har likevel ikke gjennomgått en vitenskapelig validering og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Resultatene må også sees i lys av begrensningene som ligger i egnevaluering som metode. Dersom styremedlemmene opplevde en forventning om at kunnskap om kvalitet var viktig ville det kunne påvirke resultatene i retning av overvurdering av egen kunnskap. På samme

måte kan opplevelsen av manglende anonymitet i undersøkelsen påvirke resultatene i den

ene eller andre retningen for å unngå å sette seg selv eller virksomheten i dårlig lys. I hvilken grad styremedlemmene forstod spørsmålene vil også påvirke svarene. Resultatene må således sees i lys av at de representerer styremedlemmenes syn og ikke et objektivt mål på kunnskap om kvalitet. En kombinasjon av kvantitativ og kvalitativ metode ville kunne gitt mer nyansert bilde av styremedlemmenes kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitetsarbeid.

Resultatene må også sees i lys av en relativt lav svarprosent i overkant av 50%. Det er mulig at det kun var styremedlemmer med interesse for kvalitet i helsetjenesten som svarte på undersøkelsen og at resultatene på den måten ikke vil være representative for styremedlemmene i alle helseforetakene. En lav svarandel øker også risikoen for at det ikke var tilstrekkelig statistisk grunnlag for å oppdage forskjeller (type II feil).

### **Veien videre**

I denne masteroppgaven har jeg valgt å fokusere på styremedlemmenes vurdering av egen kunnskap om kvalitet og prioritering av kvalitet og pasientsikkerhet i styrearbeidet som en viktig forutsetning for kvalitet i helsetjenestene. Resultatene viste at styremedlemmene vurderte egen kunnskap som høy og svært høy og at kvalitet i stor grad var fast punkt på agendaen. Det er etter hvert kommet til en del internasjonal kunnskap om hvilken styreadferd som bidrar til bedre kvalitet og pasientsikkerhet (57); kvaliteten øker når styremedlemmene bruker mer enn 25% av tiden på kvalitet, styrene som har kvalitetsutvalg oppnår bedre kvalitet, styrer som setter kvalitetsmål for virksomheten og følger opp målene gjennom bruk av måltavler oppnår bedre resultater. I hvilken grad styremedlemmene har en kunnskapsbasert adferd og om kunnskapsgrunnlaget er gyldig for norske forhold kan være gjenstand for fremtidig forskning.

## 6 Konklusjon

Flertallet av styremedlemmene ved helseforetakene svarte at de hadde høy eller svært høy grad av kunnskap om de ulike dimensjonene av kvalitet i helsetjenestene og at kvalitet i stor eller svært stor grad var tema i styremøtene. Et flertall av styremedlemmene erfarte også at kvalitet i stor eller svært stor grad var et fast punkt på agendaen i styremøtene. Et mindretall av styremedlemmene erfarte at kvalitet og pasientsikkerhet i stor eller svært stor grad var tema i styremøtene og på styreseminarer. Tilsvarende deltok styremedlemmene i liten grad på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser. Konkrete uønskede hendelser ble i noen grad diskutert i styremøtene, mens pasienter eller pårørende i liten grad ble invitert til styremøtet eller styreseminarer for å fortelle om sine opplevelser med uønskede hendelser. Styremedlemmenes yrkesbakgrunn og rolle i styret var av betydning for vurderingen av egen kunnskap om kvalitet og i hvilken grad styremedlemmene erfarte at kvalitet ble prioritert i styrearbeidet.

## 7 Litteraturliste

1. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet*. 1999 Apr 3;353(9159):1178–81.
2. Ringard Å, Sagan A, Saunes IS, Lindahl AK. Norway. Vol. 15, Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies; 2013 pp. 1–195.
3. OECD. Health at a Glance 2015. OECD Publishing; 2015 Nov pp. 1–217.
4. Kvalitet og Pasientsikkerhet 2016. Stortingsmelding Helse- og omsorgsdepartementet; Dec 8, 2017 pp. 1–55.
5. Kittelsen SA, Anthun KS, Huitfeldt IM. Kvalitet og produktivitet i norske sykehus. In: Frich JC, Iversen T, Tjerbo T, editors. *Michael*. 2017. pp. 75–85.
6. God kvalitet - trygge tjenester. Stortingsmelding Helse- og omsorgsdepartementet; Nov 30, 2012 pp. 1–135.
7. Kvalitet og Pasientsikkerhet 2013. Stortingsmelding Helse- og omsorgsdepartementet; Dec 12, 2014 pp. 1–44.
8. Kvalitet og Pasientsikkerhet 2015. Stortingsmelding Dec 16, 2016 pp. 1–65.
9. Harteloh PPM. The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. *Health Care Anal*. Kluwer Academic Publishers-Plenum Publishers; 2003 Sep;11(3):259–67.
10. Helsetjenester, systemer for kvalitetsstyring. 2013 Jan pp. 1–68. Report No.: NS-EN 15224:2012.
11. Arianson H. Med Åpne kort [Internet]. NOU Norges Offentlige Utredninger; Nov 2, 2015 pp. 1–344. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/nou/pdfs/nou201520150011000dddpdfs.pdf>
12. ...og bedre skal det bli! Sosial og Helsedirektoratet; Sep 25, 2005 pp. 1–52.
13. Hurst J, Kelley E. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper [Internet]. Vol. 23. Paris; 2006 Mar pp. 1–38. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/440134737301>
14. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of care. World Health Organization; 2006 Sep pp. 1–50.
15. Richardson W, Berwick DM. Crossing the Quality Chasm. Richardson W, editor. Washington DC: The National Academies; 2001 Aug pp. 1–360.
16. Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Helsedirektoratet; 2010 Dec pp. 1–24.

17. Shahzadi S. Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2017. Oslo: Helsedirektoratet; 2018 Jan pp. 1–53.
18. Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål. Riksrevisjonen; 2018 Jan pp. 1–109.
19. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2000 Oct 30;(120):3184–9.
20. Deilkås ET. Pasientskader i Norge 2016. Oslo: Helsedirektoratet; 2017 Sep pp. 1–32. Report No.: IS-2663.
21. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human. The National Academies; 2000 pp. 1–312.
22. An organisation with a memory. London: Department of Health; 2000 pp. 1–108.
23. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten. Oslo: Gyldendal; 2007. 197 p.
24. Årsrapporter Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2017 Apr;:1–39. Available from: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/arsrapporter-meldeordningen-for-uonskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten>
25. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015 [Internet]. 2016 Nov pp. 1–265. Available from: [www.riksrevisjonen.no](http://www.riksrevisjonen.no)
26. Utenkelig eller forutsigbart? [Internet]. Helsetilsynet; 2017 Mar pp. 1–60. Available from: [https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport2\\_2017.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport2_2017.pdf)
27. Rutberg H, Estling E, Wiger P, Ålenius C. Skador i vården 2013-2016. Sveriges Kommuner och Landsting; 2017 Sep pp. 1–35.
28. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga NS. The economics of patient safety. OECD; 2017 Mar pp. 1–65.
29. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. BMJ Quality & Safety. BMJ Publishing Group Ltd; 2013 Oct;22(10):809–15.
30. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991 Feb 7;324(6):370–6.
31. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. Med J Aust. 1995 Nov 6;163(9):458–71.
32. Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. CMAJ. 2004 May 25;170(11):1678–86.



33. Rafter N, Hickey A, Conroy RM, Condell S, O'Connor P, Vaughan D, et al. The Irish National Adverse Events Study (INAES): the frequency and nature of adverse events in Irish hospitals—a retrospective record review study. *BMJ Quality & Safety*. 2017 Jan 18;26(2):111–9.
34. Soop M, Fryksmark U, Koster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical record review study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2009 Jul 17;21(4):285–91.
35. Oppdragsdokument [Internet]. regjeringen.no. [cited 2018]. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
36. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Stortingsmelding Helse- og omsorgsdepartementet; Nov 13, 2015 pp. 1–147.
37. Kristensen SR, Meacock R, Turner AJ, Boaden R, McDonald R, Roland M, et al. Long-term effect of hospital pay for performance on mortality in England. *N Engl J Med*. 2014 Aug 7;371(6):540–8.
38. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Lovdata Oct 28, 2016 pp. 1–3.
39. Veileder for styrearbeid i helseforetak. Helse Sør Øst; 2018 Jan pp. 1–21.
40. Cornforth C, Chambers N. The role of corporate governance and boards in organisational performance. In: Walsh K, Harvey G, Jas P, editors. *Connecting Knowledge and Performance in Public Services From Knowing to Doing*. Cambridge; 2010. pp. 99–127.
41. Penrose E. *The Theory of the Growth of the Firm*. Oxford University Press; 1995.
42. Garratt B. *The Fish Rots from the Head*. 3rd ed. London: Profile Books Ltd; 2010. 1 p.
43. Jha A, Epstein A. Hospital governance and the quality of care. *Health Aff (Millwood)*. 2010 Jan;29(1):182–7.
44. Jiang HJ, Lockee C, Bass K. Board engagement in quality: Findings of a survey of hospital and system leaders. *Journal of Healthcare Management*. 2008 Apr;53(2):121–35.
45. Jiang HJ, Lockee C, Bass K, Fraser I. Board oversight of quality: any differences in process of care and mortality? *J Healthc Manag*. 2009 Jan;54(1):15–30.
46. Jiang HJ, Lockee C, Fraser I. Enhancing board oversight on quality of hospital care. *Health Care Manage Rev*. 2012;37(2):144–53.
47. Joshi MS, Hines SC. Getting the board on board: Engaging hospital boards in quality and patient safety. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2006 Apr;32(4):179–87.
48. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Arch Psychology*. 1932;22(140):55.

49. Sullivan GM, Artino AR Jr. Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*. 2013 Dec;5(4):541–2.
50. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Adv in Health Sci Educ*. 2010 Feb 10;15(5):625–32.
51. Jha AK, Epstein AM. A survey of board chairs of English hospitals shows greater attention to quality of care than among their US counterparts. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Apr;32(4):677–85.
52. Mannion R, Davies H, Freeman T, Millar R, Jacobs R, Kasteridis P. Overseeing oversight: governance of quality and safety by hospital boards in the English NHS. *Journal of Health Services Research & Policy*. 2015 Jan;20(1 Suppl):9–16.
53. Korsvold A. Evaluering av styrene i helseforetakene [Internet]. 2012 Jun pp. 1–85. Available from: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/eia/rapporter/evalueringavstyreneihelseforetakenehele.pdf>
54. Botje D, Botje D, Klazinga NS, Sunol R, Groene O, Mannion R, et al. Is having quality as an item on the executive board agenda associated with the implementation of quality management systems in European hospitals: a quantitative analysis. *Int J Qual Health Care*. 2014 Apr;26 Suppl 1:92–9.
55. Veronesi G, Kirkpatrick I, Vallasca F. Clinicians on the board: What difference does it make? *Social Science & Medicine*. 2013 Jan;77:147–55.
56. Prybil LD, Bardach DR, Fardo DW. Board Oversight of Patient Care Quality in Large Nonprofit Health Systems. *American Journal of Medical Quality*. 2014 Jan;29(1):39–43.
57. Parand A, Dopson S, Renz A, Vincent C. The role of hospital managers in quality and patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2014.

# 8 Vedlegg

## 8.1 Data

### 8.1.1 Spørsmål 1 – egnevaluering av kunnskap om kvalitet

	Vet ikke	Ingen	Liten	Noe	Høy	Svært høy	Sum
Virkningsfulle tjenester	0	0	2	29	52	16	99
Trygge og sikre tjenester	0	0	2	25	55	17	100
Involvering av brukerne og medbestemmelse	0	0	3	26	53	18	100
Samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	2	32	49	17	100
Ressursutnyttelse	0	0	2	27	52	18	99
Tilgjengelig og rettferdig fordeling av helsetjenester	0	0	0	31	49	20	100

### 8.1.2 Spørsmål 2 – prioritering av kvalitet i styremøtene

	Vet ikke	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Sum
Virkningsfulle tjenester		1	16	34	43	6	100
Trygge og sikre tjenester		0	9	24	51	16	100
Involvering av brukerne og medbestemmelse		0	6	32	47	15	100
Samordnet og kontinuerlige tjenester		1	9	41	46	3	100
Ressursutnyttelse	1	0	6	27	45	20	99
Tilgjengelig og rettferdig fordeling av helsetjenester	1	1	9	40	37	12	100

## Fleiss' Kappa

### Spørsmål 2 – i hvilken grad kvalitet er tema i styremøtene

Foretak	Dimensjon	Likert skala					N
		1	2	3	4	5	
<b>1</b>							
	virkningsfulle tjenester	0	1	1	1	1	4
	trygge sikre tjenester	0	0	1	2	1	4
	involvering av brukerne	0	0	2	0	2	4
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	3	1	0	4
	ressursutnyttelse	0	0	1	3	0	4
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	3	0	1	4
<b>2</b>							
	virkningsfulle tjenester	0	1	3	4	0	8
	trygge sikre tjenester	0	0	1	2	1	4
	involvering av brukerne	0	0	2	0	2	4
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	2	4	2	8
	ressursutnyttelse	0	0	0	6	2	8
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	2	5	1	8
<b>3</b>							
	virkningsfulle tjenester	0	0	2	1	0	3
	trygge sikre tjenester	0	0	2	1	0	3
	involvering av brukerne	0	0	1	2	0	3
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	0	2	1	3
	ressursutnyttelse	0	0	1	1	1	3
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	3	0	0	3
<b>4</b>							
	virkningsfulle tjenester	1	0	1	0	0	2
	trygge sikre tjenester	0	1	0	1	0	2
	involvering av brukerne	0	0	2	0	0	2
	samordnet og kontinuerlige tjenester	1	0	0	1	0	2
	ressursutnyttelse	0	0	0	0	2	2
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	1	0	0	0	1	2
<b>5</b>							
	virkningsfulle tjenester	0	0	2	1	1	4
	trygge sikre tjenester	0	0	1	3	0	4
	involvering av brukerne	0	0	1	2	1	4
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	1	0	3	0	4
	ressursutnyttelse	0	0	0	2	2	4
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	1	3	0	4
<b>6</b>							

	virkningsfulle tjenester	0	3	0	2	0	5
	trygge sikre tjenester	0	1	2	2	0	5
	involvering av brukerne	0	1	1	3	0	5
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	1	2	2	0	5
	ressursutnyttelse	0	2	2	1	0	5
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	1	3	1	0	5
7							
	virkningsfulle tjenester	0	0	1	2	0	3
	trygge sikre tjenester	0	0	1	2	0	3
	involvering av brukerne	0	1	1	1	0	3
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	1	1	1	0	3
	ressursutnyttelse	0	0	1	2	0	3
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	2	0	1	3
8							
	virkningsfulle tjenester	0	0	0	3	0	3
	trygge sikre tjenester	0	0	0	1	2	3
	involvering av brukerne	0	0	0	3	0	3
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	1	0	2	0	3
	ressursutnyttelse	0	0	0	2	1	3
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	0	2	1	3
9							
	virkningsfulle tjenester	0	0	2	3	0	5
	trygge sikre tjenester	0	0	0	3	2	5
	involvering av brukerne	0	1	0	4	0	5
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	1	1	3	0	5
	ressursutnyttelse	0	1	1	3	0	5
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	2	2	1	5
10							
	virkningsfulle tjenester	0	0	2	1	0	3
	trygge sikre tjenester	0	0	1	2	0	3
	involvering av brukerne	0	0	0	3	0	3
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	3	0	0	3
	ressursutnyttelse	0	1	1	0	1	3
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	1	1	1	0	3
11							
	virkningsfulle tjenester	0	0	0	3	0	3
	trygge sikre tjenester	0	0	0	2	1	3
	involvering av brukerne	0	0	0	2	1	3
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	1	2	0	3
	ressursutnyttelse	0	0	1	1	1	3
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	1	2	0	3
12							
	virkningsfulle tjenester	0	1	2	4	0	7
	trygge sikre tjenester	0	1	1	5	0	7

	involvering av brukerne	0	0	4	3	0	7
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	2	5	0	7
	ressursutnyttelse	0	0	1	5	1	7
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	2	4	1	7
13							
	virkningsfulle tjenester	0	0	1	2	0	3
	trygge sikre tjenester	0	0	0	2	1	3
	involvering av brukerne	0	0	0	1	2	3
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	1	2	0	3
	ressursutnyttelse	0	0	1	1	1	3
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	1	2	0	3
14							
	virkningsfulle tjenester	0	0	2	3	0	5
	trygge sikre tjenester	0	0	0	5	0	5
	involvering av brukerne	0	0	3	1	1	5
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	2	3	0	5
	ressursutnyttelse	0	0	1	2	2	5
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	2	2	1	5
15							
	virkningsfulle tjenester	0	1	0	3	0	4
	trygge sikre tjenester	0	0	0	3	1	4
	involvering av brukerne	0	0	0	3	1	4
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	2	2	0	4
	ressursutnyttelse	0	0	1	2	1	4
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	2	0	2	4
16							
	virkningsfulle tjenester	0	0	0	3	1	4
	trygge sikre tjenester	0	0	0	3	1	4
	involvering av brukerne	0	0	1	3	0	4
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	2	2	0	4
	ressursutnyttelse	0	0	1	3	0	4
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	2	2	0	4
17							
	virkningsfulle tjenester	0	1	3	0	0	4
	trygge sikre tjenester	0	1	2	1	0	4
	involvering av brukerne	0	0	1	1	2	4
	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	1	2	1	0	4
	ressursutnyttelse	0	1	1	1	1	4
	tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	3	1	0	4
18							
	virkningsfulle tjenester	0	0	0	2	2	4
	trygge sikre tjenester	0	0	0	2	2	4
	involvering av brukerne	0	0	0	4	0	4
52	samordnet og kontinuerlige tjenester	0	0	0	4	0	4

ressursutnyttelse	0	0	2	1	0	3
tilgjengelig og rettferdig fordeling	0	0	0	2	1	3

### Fleiss' Kappa

Helseforetak	Kappa
1	-0,01
2	0,11
3	-0,04
4	0,14
5	-0,08
6	-0,1
7	-0,2
8	-0,04
9	-0,1
10	0,1
11	-0,2
12	-0,1
13	-0,2
14	0,01
15	0,01
16	-0,14
17	-0,13
18	-1,1

### 8.1.3 Spørsmål 3 – tilstrekkelig informasjon til å evaluere kvaliteten i foretaket

	Vet ikke	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Sum
Virkningsfulle tjenester	0	1	8	42	38	11	100
Trygge og sikre tjenester	0	0	3	37	44	15	99
Involvering av brukerne og medbestemmelse	0	0	8	31	44	17	100
Samordnet og kontinuerlige tjenester	1	0	11	47	32	8	99
Ressursutnyttelse	0	0	11	40	36	11	98
Tilgjengelig og rettferdig fordeling av helsetjenester	1	0	8	49	31	9	98

### 8.1.4 Spørsmål 4

	Vet ikke	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Sum
Som styremedlem deltar jeg på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser. Det arrangeres jevnlig styreseminar der kvalitet og pasientsikkerhet er tema.	0	20	28	34	14	4	100
Som styremedlem har jeg fått opplæring i forbedringsarbeid.	0	12	32	28	22	4	98
Som styremedlem er jeg kjent med de nasjonale kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten.	0	0	1	8	52	37	98



Konkrete uønskede hendelser som har ført til pasientskader diskuteres i styremøtene.	0	6	13	38	22	19	98
Pasienter og/eller pårørende inviteres til styremøter eller styreseminar for å fortelle om deres møte med helsetjenestene.	0	33	28	18	12	8	99
Pasientsikkerhet og kvalitet er fast punkt på agendaen i styremøtene.	0	4	5	23	31	34	97
Det arrangeres jevnlig styreseminar der kvalitet og pasientsikkerhet er tema.	0	4	20	37	20	17	98

#### Case Processing Summary

	Valid		Cases Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Helseforetak * Som styremedlem deltar jeg på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser.	78	72,2%	30	27,8%	108	100,0%
Helseforetak * Som styremedlem har jeg fått opplæring i forbedringsarbeid.	77	71,3%	31	28,7%	108	100,0%
Helseforetak * Som styremedlem er jeg kjent med de nasjonale kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten.	77	71,3%	31	28,7%	108	100,0%

Helseforetak * Konkrete uønskede hendelser som har ført til pasientskader diskuteres i styremøtene.	77	71,3%	31	28,7%	108	100,0%
Helseforetak * Pasienter og/eller pårørende inviteres til styremøter eller styreseminar for å fortelle om deres møte med helsetjenestene.	77	71,3%	31	28,7%	108	100,0%
Helseforetak * Pasientsikkerhet og kvalitet er fast punkt på agendaen i styremøtene.	77	71,3%	31	28,7%	108	100,0%
Helseforetak * Det arrangeres jevnlig styreseminar der kvalitet og pasientsikkerhet er tema.	77	71,3%	31	28,7%	108	100,0%

**Helseforetak \* Som styremedlem deltar jeg på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser.**

**Crosstab**

Count

		Som styremedlem deltar jeg på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser.					Total
		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Helseforetak	1	1	1	2	0	0	4
	2	1	1	3	3	0	8
	3	0	0	3	0	0	3
	4	0	0	1	1	0	2
Helseforetak	5	1	2	1	0	0	4

	6	2	2	1	0	0	5
	7	1	0	1	1	0	3
	8	1	0	0	1	0	2
	9	1	0	0	1	1	3
	10	0	2	0	2	1	5
	11	1	1	1	0	0	3
	12	0	0	3	0	0	3
	13	1	4	2	0	0	7
	14	0	0	3	0	0	3
	15	1	3	1	0	0	5
	16	1	2	0	1	0	4
	17	0	1	1	2	0	4
	18	0	2	1	1	0	4
	19	1	0	1	1	1	4
	20	0	1	0	0	1	2
Total		13	22	25	14	4	78

**Helseforetak \* Som styremedlem har jeg fått opplæring i forbedringsarbeid.**

### Crosstab

Count

		Som styremedlem har jeg fått opplæring i forbedringsarbeid.					Total
		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Helseforetak	1	0	1	1	1	0	3
	2	1	2	1	4	0	8
	3	0	2	1	0	0	3
	4	1	0	0	1	0	2
	5	2	0	1	0	1	4
	6	0	3	2	0	0	5
	7	1	1	0	0	1	3
	8	1	0	1	0	0	2
	9	1	0	0	1	1	3
	10	0	0	1	4	0	5

	11	0	2	1	0	0	3
	12	0	1	1	1	0	3
	13	0	1	4	2	0	7
	14	0	0	1	2	0	3
	15	0	4	0	0	1	5
	16	0	1	2	1	0	4
	17	0	0	2	2	0	4
	18	0	3	1	0	0	4
	19	0	3	0	1	0	4
	20	0	0	1	1	0	2
<b>Total</b>		7	24	21	21	4	77

**Helseforetak \* Som styremedlem er jeg kjent med de nasjonale kvalitetsindikatorene for spesialisthelsetjenesten.**

### Crosstab

Count

		Som styremedlem er jeg kjent med de nasjonale kvalitetsindikatorene for spesialisthelsetjenesten.				Total
		I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Helseforetak	1	0	0	2	2	4
	2	0	1	5	2	8
	3	0	0	0	3	3
	4	0	1	0	1	2
	5	0	1	1	2	4
	6	0	1	3	1	5
	7	0	0	2	1	3
	8	0	0	2	0	2
	9	0	0	1	2	3
	10	0	0	4	1	5
	11	0	1	1	1	3
	12	0	0	2	1	3
	13	1	0	4	2	7

	14	0	0	3	0	3
	15	0	0	3	2	5
	16	0	0	3	1	4
	17	0	0	2	1	3
	18	0	0	2	2	4
	19	0	0	0	4	4
	20	0	0	1	1	2
Total		1	5	41	30	77

**Helseforetak \* Konkrete uønskede hendelser som har ført til pasientskader diskuteres i styremøtene.**

### Crosstab

Count

		Konkrete uønskede hendelser som har ført til pasientskader diskuteres i styremøtene.					Total
		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Helseforetak	1	1	0	1	1	1	4
	2	0	0	3	2	3	8
	3	0	0	1	1	1	3
	4	0	1	0	0	1	2
	5	0	0	2	1	1	4
	6	0	0	3	2	0	5
	7	1	0	2	0	0	3
	8	0	0	1	1	0	2
	9	0	0	0	1	2	3
	10	0	0	0	2	3	5
	11	0	1	0	1	1	3
	12	0	0	2	1	0	3
	13	1	1	3	1	0	6
	14	0	0	1	1	1	3
	15	1	0	2	2	0	5
	16	0	0	3	0	1	4

	17	0	1	2	1	0	4
	18	0	1	1	1	1	4
	19	0	0	3	0	1	4
	20	0	0	2	0	0	2
<b>Total</b>		4	5	32	19	17	77

**Helseforetak \* Pasienter og/eller pårørende inviteres til styremøter eller styreseminar for å fortelle om deres møte med helsetjenestene.**

### Crosstab

Count

		Pasienter og/eller pårørende inviteres til styremøter eller styreseminar for å fortelle om deres møte med helsetjenestene.					Total
		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Helseforetak	1	2	1	0	1	0	4
	2	1	2	3	2	0	8
	3	2	0	0	0	1	3
	4	1	0	0	0	1	2
	5	3	0	1	0	0	4
	6	2	3	0	0	0	5
	7	3	0	0	0	0	3
	8	2	0	0	0	0	2
	9	0	0	0	2	1	3
	10	0	3	1	0	0	4
	11	0	2	0	0	1	3
	12	1	1	0	0	1	3
	13	3	2	2	0	0	7
	14	0	0	2	1	0	3
	15	2	2	0	1	0	5
	16	2	0	2	0	0	4
	17	0	3	1	0	0	4
	18	1	1	0	2	0	4

	19	0	2	1	0	1	4
	20	0	1	0	1	0	2
Total		25	23	13	10	6	77

**Helseforetak \* Pasientsikkerhet og kvalitet er fast punkt på agendaen i styremøtene.**

**Crosstab**

Count

		Pasientsikkerhet og kvalitet er fast punkt på agendaen i styremøtene.					Total
		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Helseforetak	1	1	0	1	1	1	4
	2	0	0	1	3	4	8
	3	0	0	2	0	1	3
	4	0	0	1	0	1	2
	5	1	0	0	0	3	4
	6	0	1	1	1	2	5
	7	0	1	0	1	0	2
	8	0	1	1	0	0	2
	9	0	0	0	2	1	3
	10	0	0	0	2	3	5
	11	0	0	1	0	2	3
	12	0	0	1	1	1	3
	13	0	0	3	4	0	7
	14	0	0	0	2	1	3
	15	0	0	1	2	2	5
	16	0	0	2	0	2	4
	17	0	0	0	3	1	4
	18	0	0	2	1	1	4
	19	0	0	0	0	4	4
	20	0	0	1	0	1	2
Total		2	3	18	23	31	77

**Helseforetak \* Det arrangeres jevnlig styreseminar der kvalitet og pasientsikkerhet er tema.**

**Crosstab**

Count

		Det arrangeres jevnlig styreseminar der kvalitet og pasientsikkerhet er tema.					Total
		Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	
Helseforetak	1	1	0	0	1	1	3
	2	0	1	3	3	1	8
	3	0	0	3	0	0	3
	4	1	0	0	1	0	2
	5	0	1	1	2	0	4
	6	0	1	4	0	0	5
	7	1	1	0	0	1	3
	8	0	1	1	0	0	2
	9	0	0	0	1	2	3
	10	0	0	1	1	3	5
	11	0	1	1	0	1	3
	12	0	0	2	0	1	3
	13	1	2	3	1	0	7
	14	0	0	2	1	0	3
	15	0	0	2	1	2	5
	16	0	0	3	0	1	4
	17	0	0	4	0	0	4
	18	0	1	1	1	1	4
	19	0	0	1	2	1	4
	20	0	0	1	0	1	2
Total		4	9	33	15	16	77



## 8.2 Spørreskjema

### Styremedlemmenes evaluering av egen kunnskap om kvalitetsarbeid i helseforetakene.

Side 1

# UiO : Institutt for helse og samfunn

## Det medisinske fakultet

Velkommen til undersøkelsen om kvalitetsarbeid i helseforetakene.

#### Ønsker du å delta i undersøkelsen?

Deltagelse er frivillig.

- Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeid i helseforetakene
- Nei takk, jeg ønsker ikke å delta.

Side 2

Sideskift

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeid i helseforetakene

#### Kvalitet i helsetjenestene er definert i veilederen "...og bedre skal det bli" utgitt av Sosial- og Helsedirektoratet i 2005.

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeid i helseforetakene

God kvalitet i helsetjenestene innebærer tjenester som:

- **er virkningsfulle** (helsetjenester som bygger på oppdatert og tilgjengelig kunnskap)
- **er trygge og sikre** (sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum)
- **involverer brukerne og gir dem innflytelse** (helsetjenester der pasientenes synspunkter og erfaringer påvirker tjenestene)
- **er samordnet og preget av kontinuitet** (tjenestene utgjør en mest mulig sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak)
- **har god ressursutnyttelse** (ressursene utnyttes sånn at brukere og samfunnet får størst mulig gevinst)
- **er tilgjengelig og rettferdig fordelt** (tjenestetilbudet er tilgjengelig og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat)

Side 3

Sideskift

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeid i helseforetakene

#### (1/10) Hvordan vurderer du din egen kunnskap om de ulike dimensjonene av kvalitet i helsetjenesten?

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeid i helseforetakene

	(1) Ingen kunnskap	(2) Liten kunnskap	(3) Noe kunnskap	(4) Høy kunnskap	(5) Svært høy kunnskap	(0) Vet ikke
Virkningsfulle tjenester (som bygger på oppdatert og tilgjengelig kunnskap)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygge og sikre tjenester (sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Involvering av brukerne og medbestemmelse (pasientenes synspunkter og erfaringer påvirker tjenestene)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samordnet og kontinuerlige tjenester (sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressursutnyttelse (brukere og samfunnet får størst mulig gevinst)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilgjengelighet og rettferdig fordeling av						

helsetjenester (tilgjengelig og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Side 4

Sideskift

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(2/10) I hvilken grad diskuteres de ulike dimensjonene ved kvalitet i styremøtene?**

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

	(1) Ikke i det hele tatt	(2) I liten grad	(3) I noen grad	(4) I stor grad	(5) I svært stor grad	(0) Vet ikke
Virkningsfulle tjenester (som bygger på oppdatert og tilgjengelig kunnskap)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygge og sikre tjenester (sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Involvering av brukerne og medbestemmelse (pasientenes synspunkter og erfaringer påvirker tjenestene)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samordnet og kontinuerlige tjenester (sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressursutnyttelse (brukere og samfunnet får størst mulig gevinst)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilgjengelighet og rettferdig fordeling av helsetjenester (tilgjengelig og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Side 5

Sideskift

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(3/10) Får du tilstrekkelig informasjon til å vurdere de ulike dimensjonene av kvalitet ved helseforetaket ditt?**

Angi i hvilken grad du får tilstrekkelig informasjon innenfor de ulike dimensjonene av kvalitet i vurderingen av ditt eget helseforetak.

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

	(1) Ikke i det hele tatt	(2) I liten grad	(3) I noen grad	(4) I stor grad	(5) I svært stor grad	(0) Vet ikke
Virkningsfulle tjenester (som bygger på oppdatert og tilgjengelig kunnskap)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trygge og sikre tjenester (sannsynligheten for feil og uønskede hendelser er redusert til et minimum)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Involvering av brukerne og medbestemmelse (pasientenes synspunkter og erfaringer påvirker tjenestene)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Samordnet og kontinuerlige tjenester (sammenhengende og helhetlig kjede av tiltak)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressursutnyttelse (brukere og samfunnet får størst mulig gevinst)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tilgjengelighet og rettferdig fordeling av helsetjenester (tilgjengelig og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sideskift

Side 6

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(4/10) Ta stilling til følgende påstander:**

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

	(1) Ikke i det hele tatt	(2) I liten grad	(3) I noen grad	(4) I stor grad	(5) I svært stor grad	(0) Vet ikke
Som styremedlem deltar jeg på kvalitet- og pasientsikkerhetskonferanser.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Som styremedlem har jeg fått opplæring i forbedringsarbeid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Som styremedlem er jeg kjent med de nasjonale kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konkrete uønskede hendelser som har ført til pasientskader diskuteres i styremøtene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasienter og/eller pårørende inviteres til styremøter eller styreseminar for å fortelle om deres møte med helsetjenestene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pasientsikkerhet og kvalitet er fast punkt på agendaen i styremøtene.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det arrangeres jevnlig styreseminar der kvalitet og pasientsikkerhet er tema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Side 7

Sideskift

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(5/10) Hvilken rolle har du i styret?**

- Styrets leder
- Eierrepresentant
- Ansattrepresentant
- Ønsker ikke å svare

Side 8

Sideskift

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(6/10) Hvor lenge har du vært styremedlem i helseforetaket?**

- mindre enn ett år
- 1-2 år
- 2-3 år
- 3-4 år
- mer enn 4 år
- Ønsker ikke å svare

Side 9

Sideskift

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(7/10) Hvilken alderskategori tilhører du?**

- 20-29 år
- 30-39 år
- 40-49 år
- 50-59 år
- 60-69 år
- eldre enn 70 år
- ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 10

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(8/10) Hvilken yrkesbakgrunn har du?**

- Helsefaglig yrkesbakgrunn
- Annen yrkesbakgrunn
- Ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 11

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «(8/10) Hvilken yrkesbakgrunn har du?»: Helsefaglig yrkesbakgrunn

**(8a/10) Hvilken helsefaglig yrkesbakgrunn har du?**

- Lege
- Sykepleier
- Annen helsefaglig yrkesbakgrunn

Sideskift

Side 12

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «(8/10) Hvilken yrkesbakgrunn har du?»: Annen yrkesbakgrunn

**(8b/10) Hvilken annen yrkesbakgrunn har du?**

Sideskift

Side 13

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(9/10) Hvilket regionalt helseforetak sorterer virksomheten din til?**

- Helse Vest RHF
- Helse Midt-Norge RHF
- Helse Nord RHF
- Helse Sør-Øst RHF
- Privat ideell virksomhet
- Ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 14

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «(9/10) Hvilket regionalt helseforetak sorterer virksomheten din til?»: Helse Vest RHF

**(9a/10) Hvilket helseforetak i Helse Vest RHF er du styremedlem for?**

- Helse Bergen HF
- Helse Stavanger HF
- Helse Fonna HF
- Helse Førde HF
- Ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 15

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «(9/10) Hvilket regionalt helseforetak sorterer virksomheten din til?»: Helse Midt-Norge RHF

**(9a/10) Hvilket helseforetak i Helse Midt-Norge RHF er du styremedlem for?**

- Helse Møre og Romsdal HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- Ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 16

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «(9/10) Hvilket regionalt helseforetak sorterer virksomheten din til?»: Helse Nord RHF

**(9a/10) Hvilket helseforetak i Helse Nord RHF er du styremedlem for?**

- Helgelandssykehuset HF
- Finnmarkssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 17

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «(9/10) Hvilket regionalt helseforetak sorterer virksomheten din til?»: Helse Sør-Øst RHF

**(9a/10) Hvilket helseforetak i Helse Sør-Øst RHF er du styremedlem for?**

- Akershus Universitetssykehus HF
- Oslo Universitetssykehus HF
- Sykehuset Vestfold HF
- Sykehuset Innlandet HF
- Sykehuset Telemark HF
- Sykehuset Østfold HF
- Sørlandet Sykehus HF
- Vestre Viken HF
- Ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 18

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «(9/10) Hvilket regionalt helseforetak sorterer virksomheten din til?»: Privat ideell virksomhet

**(9a/10) Hvilket private sykehus er du styremedlem for?**

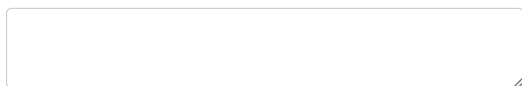
- Lovisenberg Diakonale Sykehus AS
- Diakonhjemmet Sykehus AS
- Haraldsplass Diakonale Sykehus AS
- Ønsker ikke å svare

Sideskift

Side 19

Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Ja, jeg ønsker å bidra til å øke kunnskapen om kvalitetsarbeidet i helseforetakene

**(10/10) Eventuelle kommentarer til undersøkelsen kan legges igjen her:**



Dette elementet vises dersom et av følgende alternativer er valgt på spørsmål «Ønsker du å delta i undersøkelsen?»: Nei takk, jeg ønsker ikke å delta.  
Takk for tilbakemeldingen!

Se nylige endringer i Nettskjema (v252.0)

## 8.3 NSD skjema



Helge Skirbekk  
Postboks 1130 Blindern  
0318 OSLO

Vår dato: 18.09.2017

Vår ref: 55778 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

### Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

<i>55778</i>	<i>Kartlegging av styrets kompetanse og prioriteringer i kvalitetsarbeidet i helseforetakene</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Helge Skirbekk</i>
<i>Student</i>	<i>Morten Pytte</i>

### Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernulempe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

### Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet med vedlegg
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- Universitetet i Oslo sine retningslinjer for datasikkerhet

### Veiledning

#### Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at Universitetet i Oslo er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

#### **Forskningsetiske retningslinjer**

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

#### **Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet**

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

#### **Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet**

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

#### **Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt**

Ved prosjektslutt 31.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

### **Gjelder dette ditt prosjekt?**

#### **Dersom du skal bruke databehandler**

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaløverbør) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

#### **Hvis utvalget har taushetsplikt**

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

#### **Dersom du forsker på egen arbeidsplass**

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbelrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen



Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / [belinda.helle@nsd.no](mailto:belinda.helle@nsd.no)