



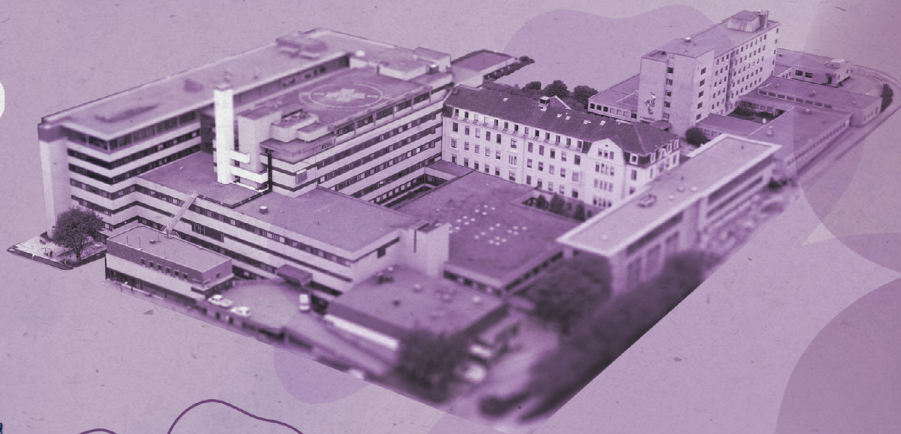
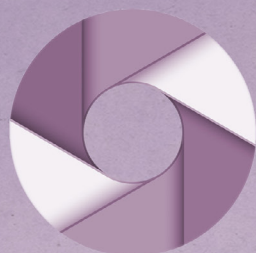
DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 13

(2016–2017)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2015



Innhold

1	Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet	5	7	Nasjonalt kvalitetsindikator-system	28
1.1	Meldingens oppbygging og innhold	7	7.1	Oppsummering av resultater	28
			7.2	«Pakker» av nasjonale kvalitetsindikatorer	29
Del I	Sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet	9	7.3	Variasjon i målt kvalitet	40
			7.3.1	Akuttmedisinske tjenester	41
			7.3.2	Pakkeforløp for kreft	42
			7.3.3	Reinnleggelser av eldre	43
2	Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv ...	11	8	Uønsket variasjon i forbruk	46
2.1	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) ...	11	8.1	Helseatlas	47
2.2	Commonwealth Fund	13	8.1.1	Variasjon i forbruk av dagkirurgi ..	47
2.3	European Observatory	13	8.1.2	Variasjon i forbruk av helse-tjenester hos barn	47
			8.2	Øvrige kilder som sier noe om variasjon i forbruk	49
3	Pasient- og brukerombudene ..	15	8.2.1	Variasjon i Samdata-rapporter og samhandlingsstatistikk	50
3.1	Hovedtrekk i årsmeldingen	15	8.2.2	Variasjon i henvisninger	50
3.2	Særskilte tema	15			
4	Statens helsetilsyn og fylkesmennene	18	Del II	Oppsummering	53
4.1	Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering	18	9	Departementets oppsummering	55
4.2	Særskilte tema	22	9.1	Pasientens helsetjeneste	56
			9.2	Kunnskap må tas i bruk	57
5	Norsk pasientskadeerstatning ..	23	9.3	Bedre ledelse, kultur og systemer for å fremme kvalitet og pasient-sikkerhet	60
5.1	Hovedtrekk i årsrapporten	23			
5.2	Særskilte tema	23			
6	Meldeordningen	25	10	Økonomiske og administrative konsekvenser	64
6.1	Hovedtrekk i årsrapporten	25			
6.2	Særskilte tema	27			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 13

(2016–2017)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2015

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 16. desember 2016,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet er viktig for å skape pasientens helsetjeneste. Regjeringen legger med dette fram den tredje årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, etter at Stortinget har gitt bred tilslutning til framleggelse av årlige meldinger, jf. Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013 og Meld. St. 12 (2015–2016) Kvalitet og pasientsikkerhet 2014. Meldingen oppsummerer og gjør opp status for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helse direktoratets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenligninger. I årets melding er variasjon i helse- og omsorgstjenester løftet fram. I tillegg til omtale av variasjon i kvalitet, er variasjon i befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester omtalt i et eget kapittel.

Formålet er å gi Stortinget anledning til en bred og åpen debatt om kvalitet og pasientsikkerhet. En årlig melding skal bidra til kontinuitet og gjøre det mulig å følge utviklingen over tid. Med en slik årlig melding er målsettingen å skape økt politisk bevissthet og oppmerksomhet om kvalitet

og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken og samtidig stimulere til økt oppmerksomhet og systematisk kvalitetsforbedringsarbeid lokalt.

Status og utfordringer

Norsk helsetjeneste er i verdenstoppen og oppnår gode resultater på en rekke områder. Norge ligger høyt på overlevelse for sykdommer som kreft, hjertesvikt og hjerneslag og er gode på håndtering av ulykker og skader. De fleste gir også uttrykk for at de er fornøyde med de tjenestene de får. Dette framgår både av nasjonale undersøkelser og internasjonale sammenligninger. Materialet som presenteres i denne meldingen er ikke representativt og kan derfor gi et for negativt bilde av helse- og omsorgstjenesten. Kildene som er brukt er ikke direkte sammenlignbare, og dataene gir derfor heller ikke et utfyllende bilde av status på områdene kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen viser imidlertid risikoområder som er avdekket. Dette er områder hvor det er behov for å iverksette tiltak som ledd i tjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Flere undersøkelser viser at det er store variasjoner i helse- og omsorgstjenesten. Variasjonen gjelder både innbyggernes bruk av helse- og omsorgstjenestene, samt variasjon i tjenestenes innhold og kvalitet. I 2015 ble de to første helseatlasene som viste variasjon i forbruk av helse-tjenester innenfor dagkirurgi og barnehelse lagt fram. Begge rapportene avdekket stor geografisk variasjon som på flere av områdene ikke kan forklares ved ulike behov hos pasientene. Det er mange årsaker til variasjon, og det er viktig å kartlegge og identifisere årsaker og iverksette tiltak for å redusere uønsket variasjon. Dette blir en helt sentral utfordring for helsetjenesten framover.

Materialet for 2015 viser at det er utfordringer på mange av de samme områdene som tidligere år. Det er fortsatt gjennomgående utfordringer knyttet til kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse. Når det gjelder tilgang på data er det fortsatt mest kunnskap om status og risiko i spesialisthelsetjenesten, selv om kunnskaps- og datagrunnlaget om kommunal helse- og omsorgstjeneste er blitt større.

Regjeringens arbeid

De siste årene har regjeringen lagt fram for Stortinget meldinger og planer som dekker store deler av helse- og omsorgstjenesten. Å skape en trygg og god helse- og omsorgstjeneste er et uttrykt mål. Gode prinsipper for prioritering og åpenhet om disse er grunnleggende i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Regjeringens forslag til teambaserte tjenester skal bidra til et mer samordnet tilbud, spesielt til brukere med sammensatte behov, langvarige og kroniske lidelser. Gjennom regjeringens plan for omsorgstjenestene, beskrives innsatsen for å styrke kapasitet, kvalitet og kompetanse i disse tjenestene. Viktige reformer er innført i helsetjenesten, så som pakkeforløp og fritt behandlingsvalg. Disse skal bidra til å sikre pasientene helsehjelp uten unødig venting og tilgang til gode og likeverdige tjenester. Nasjonal helse- og sykehusplan skal sikre trygge sykehus og bedre helsetjenester, uansett hvor man bor. Resistens mot antibiotika er et økende problem i helse- og omsorgstjenesten. Gjennom Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens og Handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helsetjenesten settes det inn tiltak for å minke resistensutviklingen.

Arbeidet med å følge opp stortingsmeldingene, reformene, planene og strategiene er i gang. I oppfølgingsarbeidet vektlegges innsats knyttet til ledelse, kvalitet, kompetanse, team, IKT og

mestring for å bygge pasientens helsetjeneste. På denne måten videreføres også arbeidet med å styrke pasientopplevd kvalitet og gi pasientene økt forutsigbarhet og trygghet gjennom pasientforløpet. Slik arbeider denne regjeringen systematisk for å skape pasientens helsetjeneste.

For å fremme kvalitet og pasientsikkerhet, mener Regjeringen det er grunnleggende å synliggjøre og ha åpenhet om variasjon i tilbud, kvalitet og pasientsikkerhet og å rette innsatsen inn mot følgende områder:

- Utvikle pasientens helsetjeneste.
- Utfordre personell, pasienter og ledere på alle nivå til å bruke resultatene som grunnlag for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenesten.
- Utvikle en kvalitetsorientert ledelse, og etablere systemer som skal bidra til en sikkerhetsfokusert og lærende kultur.

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring erstatter dagens internkontrollforskrift fra 1. januar 2017. Forskriften utdyper kravene til ledelse og styringssystem i hele helse- og omsorgstjenesten og skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Implementering av forskriften vil være grunnleggende for å fremme ledelse, system og kultur som bidrar til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det er et klart lederansvar å bidra til at kunnskap og resultater fra ulike kilder brukes som grunnlag for målrettede tiltak for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenesten.

Statsministeren og helse- og omsorgsministeren inviterte 15. november 2016 fagfolk, pasienter og brukere til et toppmøte for å drøfte og få innspill til hvordan vi kan bedre kvaliteten og redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilgjengelighet i helse- og omsorgstjenesten. Formålet var å inspirere til økt oppmerksomhet om variasjon som grunnlag for kvalitetsforbedring.

Internasjonalt, men også nasjonalt, reises det debatt om unødvendig behandling og overbehandling. Dette er ikke en riktig inngang. Snarere må inngangen være uberettiget variasjon. Utfordringen handler ikke bare om at noen kan få for mye behandling, men også at andre får for lite, og at noen rett og slett får feil behandling. Disse tingene henger sammen. Helse- og omsorgstjenesten i Norge er gjennomgående god. Samtidig avdekkes det på stadig flere områder så omfattende variasjon at en kan kalle det systemsvikt.

Gjennom publiseringen av kvalitetsindikatorer, helseatlas, samhandlingsstatistikk og sty-

ringsdata for kommunene, har omfanget av tilgjengelig kunnskap etter hvert blitt større. Samtidig er det fortsatt mangelfull kunnskap om kvalitet, forløp og brukererfaringer i mange deler av tjenesten. Fortsatt utvikling av registre, datainnhenting og økt forskning er derfor nødvendig for å drive kunnskapsbasert og systematisk forbedringsarbeid. Regjeringens initiativ til etablering av kommunalt pasient- og brukerregister, helseregisterprogram og øvrig arbeid på helseregisterfeltet er viktige tiltak for å sikre gode data som grunnlag for analyser og forskning.

Tiltak for å følge opp de konkrete utfordringene og forhold som avdekkes i de årlige meldingene, skjer gjennom de fremlagte og planlagte stortingsmeldingene og strategiene, i de ordinære budsjettproposisjonene og ikke minst gjennom systematisk arbeid med kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenesten lokalt. For å redusere uønsket variasjon og møte de utfordringene som denne meldingen beskriver, er det nødvendig med systematisk arbeid for bedre ledelse, kultur og systemer. Det kreves dessuten kontinuerlig oppmerksomhet om betydningen av åpenhet om kunnskap og resultater. Kunnskapen som foreligger må brukes til kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Det handler om å gi pasienten den beste behandlingen, den riktige behandlingen, unngå å gi behandling som skader unødvendig og å bruke ressursene riktig og prioritere riktig. Slik skaper vi pasientens helsetjeneste.

1.1 Meldingens oppbygging og innhold

Meldingens Del I gir et bilde av kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, basert på årsmeldinger og rapporter for 2015 fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og Helsedirektoratets meldeordning. Nasjonale kvalitetsindikatorer og internasjonale sammenligninger er også viktige informasjonskilder til meldingen. I årets melding inngår et eget kapittel om uønsket variasjon i forbruk av helse- og omsorgstjenester. Målet er å gi Stortinget et overordnet innblikk i hva disse kildene sier om kvalitet og pasientsikkerhet.

I meldingens Del II gis det en oppsummering av noen hovedtrekk som er identifisert i Del I. Hovedtemaet i meldingen og som omtales nærmere i Del II er betydningen av åpenhet om utfordringer som avdekkes og å ta i bruk foreliggende kunnskap og data for å skape en bedre helse- og omsorgstjeneste for pasienten. Her omtales nærmere temaene pasientens helsetjeneste, bruk av tilgjengelige data samt ledelse, kultur og systemer for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Noen utvalgte tiltak som kan bidra til å understøtte dette arbeidet er også omtalt i denne delen av meldingen.

Del I
Sammendrag av kilder som gir innblikk
i kvalitet og pasientsikkerhet

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i andre sammenlignbare land og i internasjonale organisasjoner, er viktige kilder til kunnskap som kan brukes som grunnlag for å videreutvikle arbeidet i Norge. Det er store variasjoner i rapportering, og internasjonale sammenligninger vil også innebære statistisk usikkerhet. Informasjonen må derfor brukes med varsomhet. I dette kapitlet gis det en kort omtale av hvordan den norske helse- og omsorgstjenesten kommer ut ved sammenligninger i regi av Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling og Commonwealth Fund. Årets melding er utvidet med en kort omtale av resultater gjennom Norges deltakelse i organisasjonen European Observatory.

2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD)

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) er opprettet for å fremme politikk som bedrer økonomiske og sosiale levekår for mennesker over hele verden. Organisasjonen utgir en rekke publikasjoner som gir oversiktsbilder innen ulike policy-områder som utdanning, økonomi og miljøvern.

Rapportserien for helsesektoren, «Health at a Glance», publiseres annethvert år og gir oversikt over helse, helsetilstand, helsevaner samt helse-tjenestens struktur, prosesser og resultater i OECD-landene. Formålet er å gi beslutningstakere samlet informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i alle OECD-landene. «Health at a Glance 2015» er den åttende oversiktsrapporten fra OECD. Den inneholder sammenlignbare data fra 34 OECD-land, basert på data fra 2013. I tillegg utgir OECD «Health at a Glance» for landene i Europa. Rapporten fra 2015 viser at helsetilstanden i Norge generelt er god, med høy forventet levealder og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Norske helsevaner er også bedre enn gjennomsnittet, med lavere egenrapportert forbruk av tobakk og alkohol. OECD

måler overlevelse for livmorhalskreft, brystkreft og tykk- og endetarmskreft. For livmorhalskreft og for brystkreft er Norge blant de beste i OECD når det gjelder overlevelse. For tarmkreft ligger Norge på gjennomsnittet av alle OECD-landene. Oppslutning om vaksinasjonsprogram er som gjennomsnittet i OECD-landene.

Norge skårer noe dårligere når det gjelder indikatorer for legemiddelbruk hos eldre, pasientsikkerhet og vaksinasjon. I Norge er det flere eldre som står på benzodiazepiner (beroligende midler) enn gjennomsnittet i OECD-landene. Norge skriver ut gjennomsnittlig mengde antibiotika i primærhelsetjenesten, men bruker i mindre grad bredspektret (annenlinje) antibiotika enn snittet i OECD.

En god primærhelsetjeneste for pasienter med kroniske tilstander, for eksempel diabetes og astma/KOLS, vil kunne vises gjennom en lav innleggelsesfrekvens i sykehus. Selv om Norge kommer godt ut med hensyn til innleggelsesfrekvens for diabetikere, er Norge på gjennomsnittet i OECD når det gjelder ben- og fotamputasjon hos denne pasientgruppen. Når det gjelder innleggelsesfrekvens for astma/KOLS ligger Norge på snittet i OECD.

Som mål på kvaliteten på akutte tjenester måles dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt og hjerneslag. Her kommer Norge godt ut. Alle landene kan presentere dødelighet på sykehus, mens kun enkelte land, inkludert Norge, kan følge pasienten etter sykehusinnleggelsen, noe som gir et bedre mål på kvaliteten i hele pasientforløpet. OECD har vist til Norge som et foregangsland i bruk av slagenhet ved sykehusene og at det kan være en medvirkende årsak til den store nedgangen i 30-dagers dødelighet på sykehus etter slag. Fra 1990 til 2011 ble dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse redusert med 2/3.

Når det gjelder pasientsikkerhetsindikatorer postoperativ blodpropp, sepsis (blodforgiftning) og fødselsrifter, ligger Norge på et gjennomsnitt. For pasienters erfaringer med allmennlegetjenesten skårer Norge nær gjennomsnittet i OECD.

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel					
Innleggelse astma og KOLS ¹		☑						
Innleggelse diabetes ¹			☑					
Ben- og fotamputasjon diabetikere		☑						
Forskrivning av antibiotika i PHT		☑						
Volum av andrelinjes antibiotika ²			☑					
Benzodiazepiner eldre: lang tids bruk > 1 år	☑							
Pasienterfaringer med lege		☑						
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI i og utenfor sykehus			☑					
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			☑					
Postoperativ blodpropp ben/lunge		☑						
Postoperativ sepsis (blodforgiftning)		☑						
Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon			☑					
Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument		☑						
Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument		☑						
Mammografiscreening			☑					
Screening livmorhalskreft			☑					
Fem års overlevelse brystkreft			☑					
Fem års overlevelse livmorhals			☑					
Fem års overlevelse endetarmskreft		☑						
Barnevaksinasjon meslinger		☑						
Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste	☑							
<p>Farvekoder:</p> <table border="0"> <tr> <td> Primærhelsetjenester</td> </tr> <tr> <td> Akutte tjenester</td> </tr> <tr> <td> Pasientsikkerhet</td> </tr> <tr> <td> Krefbehandling</td> </tr> <tr> <td> Smittsomme sykdommer</td> </tr> </table>				 Primærhelsetjenester	 Akutte tjenester	 Pasientsikkerhet	 Krefbehandling	 Smittsomme sykdommer
 Primærhelsetjenester								
 Akutte tjenester								
 Pasientsikkerhet								
 Krefbehandling								
 Smittsomme sykdommer								

Figur 2.1 Norges resultater i Health at a Glance Europe 2015.

¹ Lav innleggelsesrate i spesialisthelsetjenesten kan være uttrykk for god behandling i primærhelsetjenesten.

² Annenlinjes antibiotika skal primært benyttes om førstelinjes antibiotika ikke er effektiv. Restriktiv bruk av annenlinjes antibiotika bidrar til å redusere antibiotika-resistente bakterier.

Figur 2.1 viser resultatene for Norge i en tredelt rangering: dårligste/midtre/beste tredel av OECD-landene¹

2.2 Commonwealth Fund

The Commonwealth Fund (CMWF) er en stiftelse i USA som gjennomfører helsesystemundersøkelser årlig i en rekke land. Norge deltok for syvende gang i 2015. Dette året var det allmennleger som vurderte ulike sider ved helse- og omsorgstjenesten. Spørreundersøkelsen inngår i CMWFs «International Health Policy»-program. Målet med programmet er å gi grunnlag for nytenkning innen helsepolitikk og å gi beslutningstakere i deltakerlandene innspill til informerte og ansvarlige beslutninger om helsetjenestesystemet. 2015-undersøkelsen ble gjennomført i følgende ti land: Australia, Canada, Tyskland, Nederland, New Zealand, Norge, Sverige, Sveits, Storbritannia og USA. Av 4545 fastleger ble 2000 trukket tilfeldig til å delta i undersøkelsen i Norge. I alt 864 fastleger svarte, noe som gir en svarprosent på 44.

Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2015 viser at norske allmennleger har mer positive oppfatninger om landets helsetjenestesystem og høyere jobbtilfredshet enn gjennomsnittet av svarene i de ni andre landene som deltok i undersøkelsen. Allmennlegene i Norge skårer dårligere enn snittet for andre land på flere områder. Likevel er det en positiv utvikling på flere områder sammenlignet med tidligere undersøkelser. Dette gjelder blant annet oppfatningen av helsetjenesten, bruken av journalsystemer og IKT og kvalitetsmålinger. Både i Norge og i andre land mener én av tre allmennleger at pasientene alt i alt mottar for mye legehjelp når hele helsetjenesten ses under ett.

Sammenlignet med de andre landene skårer Norge *bedre* på disse områdene:

- Allmennlegenes jobbtilfredshet og deres syn på hvordan helsetjenesten fungerer.
- Omfanget av problemer knyttet til betaling for legemidler og andre kostnader.
- Deres mulighet til å få utført spesialiserte diagnostiske prøver.
- Om allmennlegene føler seg godt forberedt på å motta ulike pasientgrupper.
- Elektronisk informasjonsutveksling med andre tjenester.

- Rutiner for kommunikasjon med annet helsepersonell som tilbyr hjelp i hjemmet.

Sammenlignet med de andre landene skårer Norge *dårligere* på følgende områder:

- Systemer for kvalitetsmåling (kliniske målinger og pasienterfaringer): Få muligheter til årlig å sammenligne egne prestasjoner med andre allmennleger.
- Allmennleger har i mindre grad rutinemessige samtaler om behovet for helsehjelp med eldre og syke som ikke kan ta avgjørelser på egne vegne.
- Koordinering av behandling, spesielt tiden det tar fra utskrivning til allmennlegen mottar nødvendig informasjon fra sykehuset og får tilgang til journal.
- Oppfølging av pasienter mellom konsultasjoner og koordinert oppfølging med sykehus når det gjelder utskrevne pasienter.
- Elektroniske tjenester for pasienter, blant annet mulighet for å sende medisinske spørsmål på e-post og tilgang til egen journal på nettet.
- Journalsystemets mulighet til å generere elektronisk ulike typer lister, for eksempel liste over pasienter som skal til prøver eller forebyggende tiltak.

2.3 European Observatory

Norge er medlem av organisasjonen European Observatory – et internasjonalt partnerskap i regi av WHO sitt regionkontor for Europa – og bidrar inn i sammenlignende helsesystemanalyser gjennom internettportalen Health System and Policy Monitor. Organisasjonen skal støtte og fremme kunnskapsbasert helsepolitikk ved omfattende og grundige analyser av helsesystemene i Europa. The Observatory publiserer systematiske oversikter for hvert enkelt land samt tematiske studier, policybriefs og analyser av helsesystem. Flere ikke-europeiske land som Japan, Canada og USA deltar aktivt. Internettportalen www.hspm.org gir en detaljert beskrivelse av helsesystemet i ulike land og har oppdateringer av reformer og tiltak med særlig helsepolitisk relevans. Via denne portalen kan man hente informasjon om kvalitet i helsetjenesten og hvilke reformer som er knyttet til dette arbeidet og enkelt sammenligne forskjellige aspekter ved helsesystemene i flere land.

Samarbeidet har blant annet resultert i en studie av offentlig rapportering på kvalitetsmål for helsetjenesten i elleve høyinntektsland, basert på

¹ Mer informasjon om resultatene på OECD og Kunnskaps-senteret sine nettsider: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm> og <http://www.kunnskapscenteret.no/publikasjoner/norsk-helsetjeneste-sammenliknet-med-andre-oecd-land-2015>

datainnsamling i 2015. Den viser at ventetid er et vanlig mål på kvalitet som rapporteres for større sykehus i syv av landene. Pasienters erfaringer med spesialisthelsetjenesten måles i de fleste av landene, mens pasientenes erfaringer fra primær-

helsetjenesten er i mindre grad tilgjengelig. Internasjonale sammenligninger av pasienterfaringer gjøres gjennom Norges deltagelse i Commonwealth Fund-undersøkelsene.

3 Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999. Ombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Det er 17 pasient- og brukerombud i landet. Disse har administrativ tilhørighet i Helsedirektoratet. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudenes arbeid kjennetegnes ved:

- tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestesteder
- råd, veiledning og informasjon
- bistand ved henvendelser og klager
- bidrag til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

I 2015 mottok landets pasient- og brukerombud 14 677 henvendelser. Sakstilgangen har vært stabil de siste tre årene. Rundt 60 prosent av henvendelsene omhandlet spesialisthelsetjenesten, mens 40 prosent knyttes til kommunale helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukerombudene mener at det fortsatt er et udekket behov for bistand, spesielt når det gjelder kommunale tjenester.

Den vanligste årsaken til henvendelsene er situasjoner der pasienten har opplevd komplikasjoner, mangelfull utredning/oppfølging/diagnose og pasientskade i møtet med helsetjenesten. De neste store områdene er ventetid, informasjon, oppførsel og medvirkning. Uansett hovedårsak til kontakt med ombudene, inneholder svært mange av henvendelsene elementer av dårlig eller mangelfull informasjon og kommunikasjon.

Innen kommunal helse- og omsorgstjeneste var det flest henvendelser rettet mot fastleger, sykehjem, helsetjenester i hjemmet og legevakt. Innen spesialisthelsetjenesten var det størst på-

gang innen områdene ortopedisk kirurgi, psykisk helsevern for voksne og kreftbehandling.

3.2 Særskilte tema

Pasient- og brukerombudene omtaler i felles årsmelding for 2015 nedenstående tema og anbefalinger.

Pakkeforløp for kreft – en vellykket reform til nå?

Ombudene støtter innføringen av pakkeforløpene og ser at dette vil kunne bidra til effektive behandlingsforløp også utenfor kreftområdet. Ombudene peker på utfordringer når det gjelder tilgjengelighet til personell og informasjon om forventet behandlingsforløp. Ombudene mener videre det er for stor variasjon i prioriteringen av forløpskoordinatorene mellom sykehusene i landet. Forløpskoordinatorene har ved enkelte sykehus ikke fått friggitt tilstrekkelig tid fra sine andre arbeidsoppgaver til å følge opp sitt ansvar som forløpskoordinator. Andre sykehus melder om at ordningen med forløpskoordinatorer fungerer bra. Ombudene mener at det ikke er gjort tilstrekkelige administrative grep ved innføringen av pakkeforløpene. Ved implementeringen ble det ikke tatt tilstrekkelig hensyn til tidligere flaskehalsar som radiologi, patologi og mangel på operasjonsstuer. Implementeringen av pakkeforløpene har også medført utfordringer ved behandlingen og oppfølgingen av pasienter med andre sykdommer enn kreft.

Ombudene anbefaler:

- Spesialisthelsetjenesten må sikres forsvarlige ressurser til å implementere ordningen uten at det medfører negative konsekvenser for andre pasientgrupper.
- Helsepersonell må bli flinkere til å informere og forklare pasientene konsekvensene dersom de anbefalte fristene ikke holdes.
- Det må foretas risikovurderinger av ordningens betydning for andre pasientgrupper.

Brukere med omfattende hjelpebehov – krevende for kommunene og store forskjeller i tjenestetilbudet

Pasient- og brukerombudene erfarer at brukere med omfattende hjelpebehov ofte møter store utfordringer hos kommunale tjenesteytere. Ombudene peker på at tilbudet varierer mye mellom kommunene, både når det gjelder kompetanse, organisering og ressursbruk. Ombudene er særlig bekymret for tilbudet til barn og unge voksne og hvordan kommunene håndterer ordningen med brukerstyrt personlig assistent (BPA). De erfarer også at saksbehandlingstiden er for lang i mange kommuner og informasjon og medvirkning mangelfull. Ombudene viser også til at mange pårørende opplever at de ikke tas på alvor i sitt møte med kommunen og forteller om en følelse av å stå alene overfor kommunen. Pasient- og brukerombudene påpeker at BPA-ordningen må være forutsigbar og i tråd med dens intensjon om å styrke funksjonshemmedes muligheter til deltakelse i samfunnet, basert på den enkeltes forutsetninger, slik det fremkommer i Ot.prp. nr. 8 (1999–2000) Om lov om endring i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester mv. (brukerstyrt personlig assistanse). Ifølge ombudene opplever mange brukere at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til brukernes individuelle behov og deres faktiske rett til medvirkning og selvbestemmelse i eget liv.

Ombudene anbefaler:

- Kommunal saksbehandling i BPA-saker må bli raskere og bedre.
- Personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse skal få denne tjenesten organisert som BPA når det er den beste løsningen for de det gjelder.
- Bostedskommune må ikke være avgjørende for retten og muligheten til BPA.
- Familier med omfattende bistandsbehov må sikres tilstrekkelig hjelp uavhengig av bostedskommune.

Pasient- og brukerrettigheter – et gode for de få?

Pasient- og brukerombudene erfarer at kunnskap om rettigheter ikke er så god som den bør være og at årsakene er mange. Pasienter og brukere benytter i liten grad sin klagerett. Kunnskapen er mangelfull både når det gjelder de materielle og de prosessuelle rettighetene. Pasient- og brukerombudene observerer i sitt arbeid viktigheten av at pasienter og brukere tas på alvor og får sine klager

behandlet innen rimelig tid både hos tjenesteyter og tilsynsmyndighet. Ombudene ber i sin årsmelding politikerne forsikre seg om at helse- og omsorgstjenesten og tilsynsmyndighetene kapasitetsmessig og organisatorisk er i stand til å oppfylle de forventninger pasient- og brukerrettighetene gir.

Ombudene anbefaler:

- En informasjonskampanje rettet mot landets innbyggere for å skape kunnskap om våre pasient- og brukerrettigheter. Ombudene bidrar gjerne i dette arbeidet.
- En tilsvarende informasjonskampanje rettet mot tjenesteyterne.
- En styrking av tilsynsordningen.

Hvorfor lærer ikke sykehusene av brukerundersøkelser?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet fra 2016) har siden 2011 årlig utført en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus, PasOpp-undersøkelsen. Pasient- og brukerombudene stiller spørsmål ved den langsomme forbedringen på måleparameterne i brukerundersøkelsene.

Ombudene anbefaler:

- Praktisk oppfølging av resultatene fra PasOpp-undersøkelsene må stilles som krav til foretakene i oppdragsdokumentene de får fra eier.

Kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene må styrkes

Ombudene er bekymret over manglende oversikt og kunnskap om hvordan kommunene ivaretar egen helse- og omsorgstjeneste. Det mangler kunnskap om antall alvorlige hendelser i kommunene. Ombudene erfarer at mange kommuner har mangelfulle systemer og for lite kunnskap til å drive systematisk kvalitetsarbeid og at det altfor ofte mangler risikovurderinger som grunnlag for utforming og dimensjonering av tjenestetilbudet. Konsekvensen er systemer som ikke virker etter sin hensikt, feil og alvorlige hendelser som ikke blir rapportert og manglende læring for å unngå at feilene skjer igjen. Pasient- og brukerombudene etterspør kommunale ledere som er tydelige i sin forventning til systematisk kvalitetsarbeid, herunder at de sørger for at alle medarbeidere forstår hensikten med og konsekvenser av at systemsvikt og at feil blir rapportert.

Ombudene anbefaler:

- Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må inn i rammeplanene for utdanning av helsepersonell og inngå både i teori og praksisfeltet.
- Forslagene i NOU 2015: 11 om møter med pasienter, brukere og pårørende i etterkant av alvorlige hendelser må innføres.
- Det må settes et langt større fokus på kommunenes plikt til systematisk kvalitetsarbeid og risikovurderinger som grunnlag for utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenester.
- Kommunene må sikres tilstrekkelig ressurser til å kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- Helse- og omsorgstjenesten må innlemmes i meldeordningene til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

Fortsatt bekymring for sykehjemstilbudet

Ombudene ga i årsmeldingen for 2014 uttrykk for bekymring for mangler i sykehjemstilbudet i mange av landets kommuner. Disse utfordringene synes fortsatt å være til stede, og ombudene mottar mange henvendelser vedrørende sykehjem.

Ombudene anbefaler:

- Ombudene vil advare kommunene mot i for stor grad å satse på ensidige løsninger som for eksempel utbygging og ombygging av omsorgsboliger på bekostning av sykehjemsplasser.
- Ombudene er kritiske til innføring av retten til å stå på venteliste for sykehjemsplass og mener dette i realiteten kan svekke rettsikkerheten til pasientene.
- Pasient- og brukerombudene etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sykehjemstilbudet i Norge samsvarer med pasient- og brukerrettighetslovens grunnleggende formål, verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften.

Tilgjengelighet til fastlegene – kampen for en timeavtale

Pasient- og brukerombudene får mange henvendelser der ett eller flere av målene med fastlege-

ordningen ikke oppfylles sett fra pasientens ståsted. Mangel på tilgjengelighet og muligheten for å få timeavtale innen nødvendig og rimelig tid, er et hyppig tema. I enkelte deler av landet er det utfordringer med rekruttering av leger, og gjenomtrekken av leger er stor. Pasienter opplever derfor å måtte forholde seg til mange ulike leger i løpet av relativt kort tid. Ombudene hører også bekymringer og frustrasjon over leger som er dårlige i norsk. Pasientene frykter kommunikasjonssvikt og for at de ikke skal få faglig forsvarlig hjelp.

Ombudene anbefaler:

- Fastlegeordningen må evalueres med tanke på om målsettingen med ordningen oppfylles.
- Det må forutsettes at fastleger har tilstrekkelige norskkunnskaper til å ivareta sikker kommunikasjon.

Brukermedvirkning – fra festtaler til samvalg

Uansett hovedårsak til kontakt med ombudene, handler svært mange av henvendelsene om elementer av dårlig eller mangelfull informasjon og kommunikasjon. Et felles trekk er at mange opplever ikke å bli hørt og tatt på alvor. God kommunikasjon ligger i bunnen for all brukermedvirkning. Pasient- og brukerombudene fremhever at en må kunne forvente at helsepersonellet og tjenesteyterne er de som tar hovedansvaret for en god kommunikasjon. Pasienter, brukere og pårørende befinner seg ofte i en krise, de er syke, nedkjørte og kan være redde. Det kan være et vanskelig utgangspunkt for trygg, god, ivaretakende og hensiktsmessig dialog. Da må den profesjonelle part ha verktøyet, treningen, tiden og ansvaret for å sikre kommunikasjonen.

Ombudene anbefaler:

- Det må legges til rette for at helsepersonell trenes i kommunikasjon.

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet. Helsetilsynet er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter og utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Fylkesmannen er klage- og tilsynsmyndighet og fører tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeid i fylket, og med alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester.

Statens helsetilsyn skal undersøke om helse- og omsorgstjenestene har etablert styrings- og kontrolltiltak som sikrer at hver pasient får faglig forsvarlig behandling. Helsetilsynet og fylkesmennene undersøker om ledelsen arbeider systematisk for å forebygge uønskede hendelser og kritiske feil i tjenesten.

Tilsynsmyndigheten får i all hovedsak kunnskap om svikt og fare for svikt i helse- og omsorgstjenesten gjennom sitt arbeid med:

- varslers om uventede og alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a
- tilsynssaker og rettighetsklager
- planlagte tilsyn som fylkesmannen gjennomfører i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
- lovpålagte tilsyn på områdene blod, celler og vev og organer
- kunnskapsoppsummeringer og kartlegginger.

4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering

Tilsynsmeldingen er en årlig publikasjon der Statens helsetilsyn trekker frem ulike sider ved sosiale tjenester, barnevern- og helse- og omsorgstjenester. I tillegg er årsrapporten fra Statens helse- tilsyn, årsrapporten fra Undersøkelsesenheten, Statens helsetilsyns rapporter fra landsomfattende tilsyn, tilsynsrapporter fra fylkesmennene og vedtakene i tilsynssakene, sentrale dokumenter om tilsynsaktiviteter og funn.

Planlagte tilsyn

De planlagte tilsynene er risikobaserte og rettes mot områder av vesentlig betydning for pasienter og tjenestemottakere. Det vil si at det føres tilsyn der kunnskap tilsier at det er størst fare for svikt. Tilsynsfunnene er derfor ikke representative for tilstanden i tjenestene, men de gir et godt bilde av svikt som har betydning for pasienter og brukere.

Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

Fylkesmennene gjennomførte i 2015 et landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det ble gjennomført tilsyn i 19 helseforetak og 37 kommuner. Det ble konstatert brudd på lov og forskrift i 13 foretak og 23 kommuner. Flere steder ble det funnet alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune, blant annet ved at overføring av informasjon fra sykehus til kommune var mangelfull. Dette handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet i informasjonen.

Pasientene selv fikk også for lite informasjon, både om den behandlingen de hadde mottatt på sykehuset og om hva som skulle skje når de kom hjem. Når vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig, kan det få alvorlige konsekvenser for pasientbehandlingen. Tilsynet avdekket at det mange steder var en utfordring å sikre at pasientens fastlege fikk oppdatert informasjon om legemidler, og at hjemmesykepleien hadde oppdatert legemiddelliste for pasienter de skulle gi helsehjelp til. Bare et fåtall av helseforetakene sender legemiddelliste elektronisk til kommunens hjemmetjenester. Fastlegene rapporterte at de opplevde samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten som godt.

Tilsynet avdekket at implementering av samarbeidsavtaler og oppfølging av retningslinjer for samarbeidet sviktet flere steder. Dette sviktet både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Fastlegene hadde fått lite informasjon om samarbeidsavtalen og ret-

ningslinjene for utskrivning av ferdigbehandlede pasienter. Det var stor variasjon i kommunenes involvering av fastlegene i utarbeidelse og revisjon av samarbeidsavtaler. Tilsynet er oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 1/2016.

Oppfølging av alvorlige hendelser

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, har plikt til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. I 2015 mottok Statens helsetilsyn i alt 501 varsler etter § 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven. I alt 50 prosent av varslene var fra psykisk helsevern og 50 prosent var fra somatisk helsetjeneste. Undersøkelsenheten i Statens helsetilsyn oppsummerer alvorlige hendelser i 2015 i Rapport fra Helsetilsynet 2/2016.

Variasjon i varslingspraksis/meldekultur

Varslene kan i liten grad si noe om variasjoner i kvaliteten i tilbudet mellom de ulike sykehusene. Til det er tallene for små og tilfældighetene i hva som varsles for stor. Årsakene til ulik varslingspraksis kan være at ordningen fortsatt ikke er implementert i de ulike helseforetakene, at det fortsatt er usikkerhet om hvilke hendelser som er varslingspliktige, at virksomhetene glemmer å vurdere å varsle, at det er uklart hvem som skal gjøre det, eller at ledelsen ikke ønsker å varsle.

Antall varsler per 10 000 opphold fra somatisk helsetjeneste varierte i 2015 fra 16,4 ved OUS HF til 5,8 ved Helgelandssykehuset HF og Helse Bergen HF. Antall varsler per 10 000 kontakter innenfor psykisk helsevern/rus- og avhengighetsbehandling varierte fra 8,9 ved Vestre Viken HF til 2,0 ved Ahus HF. Helseforetakene gir fortsatt uttrykk for at det er krevende å vite hva som skal inngå i begrepet «påregnelig risiko». Statens helsetilsyn erfarer også at en økende andel varsler gjelder hendelser som er innenfor påregnelig risiko, og som dermed ikke er varslingspliktige etter loven. Nær alle varsler innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling handler om pasienter som begår selvmord og selvmordsforsøk. På dette området er det nødvendig å tydeliggjøre varslingskriteriene.

Tydeliggjøring av virksomhetens ansvar for oppfølging av alvorlige hendelser som ledd i risikostyring

Det er virksomhetens øverste ledelse som har ansvar for å se til at internkontrollen gjennomføres i hele organisasjonen, på alle nivåer. Ledelsen må, uavhengig av eksterne organer, selv kartlegge, analysere og vurdere hendelser med tanke på å identifisere forbedringspunkter, og for å kunne ivareta pårørende og svare på deres spørsmål. Forsvarlig virksomhetsstyring forutsetter at virksomheten gjennom sin internkontroll arbeider med å avdekke situasjoner der det har oppstått, eller kan oppstå, svikt, mangler eller uønskede hendelser i pasientbehandlingen, og at det utarbeides gode rutiner på områder med særlig fare for svikt. Ledere på de forskjellige nivåer i organisasjonen har ansvar for å sikre at helsehjelpen er i tråd med lovgivningen. Det innebærer at rammebetingelsene må være slik at det er mulig å oppfylle kravene som følger av det personlige ansvaret. Ansvarsområdet til den enkelte leder må ikke ha et større omfang enn at vedkommende har mulighet til å følge opp. Der ledere har oppgaver på flere organisatoriske nivåer, vil det kunne oppstå uklarheter om hvilken rolle og myndighet som disse personene til enhver tid ivaretar. Ved oppfølging av alvorlige hendelser erfarer Helsetilsynet at det fortsatt er varierende granskingskompetanse og store ulikheter når det gjelder ferdigheter og ressursinnsats i hvordan alvorlige hendelser følges opp i helseforetakene, og hvordan pasienter og pårørende ivaretas og informeres i etterkant slik de har rett til etter pasient- og brukerrettighetslovgivningen.

Mangelfulle risikovurderinger ved organisasjonsendringer

Virksomhetene står fritt til hvordan de vil organisere helsetjenesten så fremt de rettslige rammene overholdes. Selv om den praktiske gjennomføringen av pasientbehandlingen i perioder med organisasjonsendringer gjøres av helsepersonell, er det ledelsen som har ansvaret for og som må sikre at virksomheten er organisert slik at helsepersonell til enhver tid kan få oppfylt sine lovpålagte plikter. Ved store og samtidige organisasjonsendringer kan det oppstå forandringer i risikobildet der blant annet kravet til kommunikasjon og samhandling er særlig viktig å ivareta. Ledelsen må skaffe seg et helhetlig bilde for å kunne sette inn nødvendige kompensierende tiltak og ivareta pasientsikkerheten. Et tema som går igjen i flere

saker som Undersøkelsesenheten behandler, er manglende risikovurdering av pasientsikkerhet i forbindelse med innføring av nye metoder, endring av arbeidsoppgaver eller flytting av funksjoner. Ofte vil endringer føre til nye pasientforløp, nye arbeidsoppgaver eller bortfall av arbeidsoppgaver. Dersom involvert helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad forstår disse endringene og er satt inn i nye retningslinjer, vil dette kunne gå utover pasientbehandlingen.

Svikt i oppfølging av det psykososiale arbeidsmiljøet

I den grad arbeidsmiljøet påvirker pasientsikkerheten og befolkningens tillit til helsetjenesten, berører det Statens helsetilsyns tilsyn med helsetjenesten. I gitte tilfeller kan det dermed være en overlapp mellom Arbeidstilsynets og Statens helsetilsyns myndighetsområde. Hvordan slik overlappende myndighet skal håndteres, er i liten grad berørt i forarbeider, rundskriv eller andre styrende dokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet eller Helsedirektoratet. Statens helsetilsyn legger til grunn at dersom det psykososiale arbeidsmiljøet i en virksomhet er preget av uenigheter og motsetninger, kan dette være forhold som tilsynet må inkludere i vurderingen av om kravet til forsvarlig virksomhet og pasientsikkerhet er ivaretatt. I vurderingen av pasientsikkerheten kan det være nødvendig å avklare hvordan foretakets ledelse har plassert ansvaret for å håndtere uenighet og motsetninger av både faglig og personlig art. Som et utgangspunkt må det legges til grunn at slike motsetninger må fanges opp på et tidlig stadium, slik at de ikke får utvikle seg til alvorlige, fastlåste konflikter som påvirker kvaliteten på den helsehjelpen som skal utføres. Ledelsen har derfor ansvar for å følge med på hvordan samarbeid og samhandling faktisk foregår. I tilfelle av motsetninger og kommunikasjonsproblemer må ledelsen håndtere dette på en måte som forhindrer at pasientsikkerheten blir berørt.

Økende vektlegging av virksomhetenes ansvar

Tilsynsmyndigheten vurderer både helsepersonells ansvar etter helsepersonelloven og virksomhetenes ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven. I et pasientsikkerhetsperspektiv og i tråd med sikkerhetsteoretisk forskning er det ingen holdpunkter for at det er formålstjenlig eller effektivt at tilsynsmyndigheten sanksjonerer mot helsepersonell for å oppnå forbedring av pasientsikkerheten. Målet må være å oppnå endringer på systemnivå der dette synes nødvendig. Etter å ha hånd-

tert og vurdert nærmere 2000 varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten fra 2010, er det funnet grunnlag for å gi administrative reaksjoner kun i et fåtall tilfeller.

Fødselssaker

Statens helsetilsyn vurderer årlig flere tilsynssaker som gjelder helsehjelp i fødselsomsorgen. De fleste hendelsene gjelder alvorlig oksygenmangel under fødsel, der barnet døde eller der oksygenmangelen med stor sannsynlighet var årsak til varig skade. I sakene er det ofte svikt i anvendelse og tolkning av kjente metoder for fosterovervåking. Videre ser Helsetilsynet svikt i samhandling mellom fødselshjelpere, først og fremst mellom jordmor og lege. Pasient og pårørende får ikke alltid tilstrekkelig informasjon i forkant av en fødsel eller når den alvorlige hendelsen har skjedd. Helsetilsynet vurderer at hovedansvaret for svikt i fødselsomsorgen ofte må tillegges virksomheten med mangelfulle rutiner, utilstrekkelig opplæring og manglende eller uklare organisering.

Medisinsk og helsefaglig forskning

De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har ansvaret for godkjenning av medisinske og helsefaglige forskningsprosjekter. Som tilsynsorgan kontrollerer Statens helsetilsyn om forskningsansvarlig følger gjeldende regelverk og REK-godkjenningen ved pågående forskningsprosjekter. Statens helsetilsyn fører ikke tilsyn med virksomheten til REK. Behandlingen av enkeltstående tilsynssaker har ved flere anledninger vist at forskningsansvarlig virksomhet/institusjon ikke er godt nok organisert eller har tilstrekkelig internkontroll når det gjelder forskning. Det praktiske ansvaret for forskningen er gjerne fordelt til aktuell klinikk/avdeling/institutt, og virksomhetens ledelse kan mangle ofte en løpende og helhetlig oversikt over pågående forskning. Statens helsetilsyn avsluttet i 2015 fem tilsynssaker om medisinsk og helsefaglig forskning i helseforetak. I fire av disse ble det konkludert med brudd på helseforskningsloven.

Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Statens helsetilsyn gjorde i 2015 en risikovurdering av tjenestene til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Formålet var å få kunnskap om hvor det er størst fare for svikt og uheldige hendelser, som grunnlag for valg av temaer

for landsomfattende tilsyn med disse tjenestene i 2017 og 2018.

Fagfeltet er omfattende, i rask utvikling, omfatter flere tjenesteområder og tjenestemottakerne er en sårbar gruppe. Risikovurderingen ble gjennomført av et fagpanel bestående av representanter fra ulike nivå og enheter i helse- og omsorgstjenesten og sosialtjenesten. I tillegg var aktuelle forsknings- og utviklingsmiljøer og bruker- og pårørendeorganisasjoner representert. Forarbeid og forberedelser ble gjort i Helsetilsynet fram mot en samling over to dager. Etter en konsensusprosess samlet fagpanelet seg om tretten punkter, rangert etter hyppighet og konsekvens. De tre områdene som ble rangert som mest risikoutsatte var:

- Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Det var enighet i fagpanelet om at en hovedutfordring er mangel på samtidig og integrert behandling av ruslidelse og psykisk lidelse. I DPSene har mange av pasientene også ruslidelse, men personalet har ikke tilstrekkelig kompetanse om rus. Tilsvarende har mange av pasientene i TSB psykiske lidelser som personalet ikke har tilstrekkelig kompetanse om. Alle pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse har behov for sammensatte tjenester, men konsekvensen av et mangelfullt tilbud avhenger av hvor alvorlig pasientens lidelse er. Det ble også poengtert at mange av disse pasientene heller ikke får ivaretatt sin somatiske helse godt nok. Hvis alvorlig somatisk sykdom blir oversett, som for eksempel hepatitt C, MRSA-smitte og kreft, er det alvorlig svikt. Det er derfor også nødvendig at somatikken tas på større alvor i tjenestene til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Den mangelen på integrert og samtidig behandling som preger spesialisthelsetjenesten, gjenfinnes også i kommunene.

- Ikke tilpasset bolig.

Fagpanelet understreket at tilpasset bolig ved utskrivelse fra psykisk helsevern eller TSB er avgjørende for livskvalitet for denne gruppen. Tilpasset bolig innebærer i denne sammenheng både boligens beliggenhet og kvalitet og de tjenestene brukeren mottar for å mestre hverdagen og situasjonen. Svikt i boligoppfølging kan føre til utkastelse og påfølgende brudd i behandling eller rehabilitering. Det ble beskrevet stor variasjon mellom kommuner når det gjelder bistand til å skaffe tilpassede boliger, men panelets generelle

bilde var at det er vanskelig å finne tilpasset bolig for brukere med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, særlig i små kommuner.

- Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering (inkl. somatisk, psykisk og rus).

Fagpanelet beskrev svikt når det gjelder å utrede, vurdere og diagnostisere pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Det brukes for lite tid til å undersøke og utrede grundig nok. Ofte settes ikke diagnoser, og om de settes, så blir de ikke revurdert. Det framkom at det er store ulikheter i praksis, både geografisk og mellom sykehusene, og det var noe ulike syn på hvor utbredt problemet er. Men det ble vist til at TSB på sin side har svak kompetanse og lite erfaring med å oppdage psykiske lidelser, mens psykisk helsevern ikke alltid vurderer pasientens forhold til rusmidler – selv om det siste har bedret seg.

Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer

I 2015 ble det gjennomført tilsyn ved 19 avdelinger/enheter som håndterer blod, blodkomponenter; egg, sæd, embryo beregnet til assistert befruktning; benvev, smittetesting og/eller organdonasjon. Ti av de reviderte virksomhetene overholdt ikke myndighetskravene. Statens helse-tilsyn fant blant annet at helseforetak og sykehus har mangelfull oppfølging av rutineene for identitetskontroll av pasient og blodpose ved blodoverføring. Svikt i denne identitetskontrollen er den vanligste årsaken til feiltransfusjon og pasient-skade/død ved blodoverføring.

Hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov

Helsetilsynet gjennomførte i 2015 en oppsummering av erfaringer fra tolv tilsynssaker fra 2012 med kommunale hjemmetjenester, samt 23 pasientrettighetsklager fra 2012. Gjennomgående trekk fra disse sakene er:

- De pårørende er gjennomgående urolige over mangelen på verdighet, omsorg, tillit og trygghet i hjemmetjenestene for skrøpelige hjemmeboende eldre over 80 år.
- Det som går igjen i klagen, er at det stadig kommer nye folk innom, at hjelp ikke blir gitt til avtalt tid, og at det er for lite kvalifisert hjelp.
- Pårørende setter utrygghet i sammenheng med dårlig matlyst, søvnvansker og redusert livskvalitet hos sine nære.
- Mangler i tjenestetilbudet får noen ganger alvorlige konsekvenser: feilmedisinering, for sen

eller mangelfull diagnostisering er eksempler på dette.

- Pårørende opplever at de ikke når fram når de gang på gang sier fra, og noen føler seg avvist.
- Mange begrunner sine klager med at de ønsker at tjenestene skal lære av svikt, slik at andre ikke skal oppleve det samme.

4.2 Særskilte tema

Alvorlig psykisk syke barn på barnevernsinstitusjon

Årsrapporter fra fylkesmennenes tilsyn med barneverninstitusjoner 2015 peker på alvorlige forhold. Ni embeter nevner spesielt bekymring for den psykiske helsen til beboere på barneverninstitusjonene. De beskriver at enkelte av barna har sammensatte og omfattende bistandsbehov som relaterer seg til psykiatri, rus og utfordrende atferd. Mange av dem kan være til fare for seg selv eller sine omgivelser. De beskriver utfordringer knyttet til ansattes kompetanse og til det å skaffe nødvendig psykisk helsehjelp. Noen ganger fører helseproblemene til at det etableres rammer rundt barnet som utfordrer de juridiske rammene for opphold i barnevernsinstitusjoner, som for eksempel fotfølging.

Barn på barneverninstitusjoner har overhypighet av psykiske lidelser.¹ Det har skjedd fatale hendelser på institusjonene der barn med alvorlige psykiske lidelser begår drap eller skader seg selv eller andre alvorlig. På bakgrunn av dette har Statens helsetilsyn hentet inn informasjon fra alle embetene om tilsyn med barnevernsinstitusjoner hvor det bor barn med slike helseproblemer og utfordrende atferd. Fylkesmennene fortalte om barn helt ned i 12–13 års alder med store psykiske problemer som gikk til angrep som bevisste drapsforsøk, om suicid og suicidforsøk, livstru-

ende selvskadning, om barn som overgripere på andre barn og på dyr og om barn som brannstiftere. Samtidig fortalte de om store samarbeidsproblemer i tjenesteapparatet. Helsetjenestene og barneverntjenestene samarbeidet mange steder dårlig. Barnevernsinstitusjonene fortalte at de ikke *hadde* eller ikke *visste* hva som var det rette tiltaket til barna.

Fylkesmennene forteller at flere barnevernsinstitusjoner sier at de har et for stort ansvar når det gjelder behandling og oppfølging av barn med alvorlige psykiske problemer. Det er ikke etablert tilstrekkelige tiltak der helsefaglig og barnevernfaglig kompetanse sammen har ansvaret for å sikre forsvarlige tjenester og sikkerhet rundt sårbare barn og deres omgivelser. Tjenestene har til enhver tid dette ansvaret.

Involvering av pasienter og pårørende

Pasienter og pårørende har fått økt uttale- og innsynsrett i tilsynssaker. Helsetilsynet og fylkesmennene har økt involvering av pasienter og pårørende i alt tilsyn som et strategisk satsingsområde for de neste årene og har etablert et eget prosjekt for dette. Flere av fylkesmennene prøver ut ulike arbeidsmåter for å involvere brukere og pårørende i tilsyn.

Statens helsetilsyn erfarer at økt involvering tilfører sakene viktig og relevant informasjon. Helsetilsynet inviterer alltid pasient og pårørende til samtale i forbindelse med stedlig tilsyn etter varsler om alvorlige hendelser, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. De har ofte informasjon som bidrar til et mer komplett bilde av hendelsesforløpet og at saken blir mer opplyst. Undersøkelsenheten får tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende om at kommunikasjonen med helsetjenesten og også med Helsetilsynet, er krevende. Informasjonen som pasient og pårørende får, forutsetter fag- og systemkunnskap det ikke kan forventes at de har.

¹ Kayed et al. (2015): Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner, NTNU, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.

5 Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. En av NPEs forskriftsfestede oppgaver er å bidra med statistiske data til helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebygging. I tillegg til årsrapporten utarbeider NPE årlige rapporter som presenterer statistikk for regionale helseforetak og for privat helsetjeneste.

5.1 Hovedtrekk i årsrapporten

Antall saker meldt til NPE økte fra 5217 saker i 2014 til 5742 i 2015. Aldri tidligere har NPE mottatt så mange erstatningskrav i løpet av ett år. I 2015 fikk 1492 erstatningssøkere medhold i kravet sitt, mens 3125 fikk avslag. Dette gir en medholdsandel på 32 prosent. Andelen som fikk medhold er lik som i 2014. NPE utbetalte i alt 933 millioner kroner i erstatninger i 2015.

Saker knyttet til ortopedi utgjør 31 prosent av vedtakene i 2015. Saker med bakgrunn i svulster og kreftsykdommer utgjør 14 prosent, odontologi åtte prosent, og psykiatri og gastroenterologisk kirurgi fem prosent hver. Totalt sett er 57 prosent av medholdssakene begrunnet med svikt i behandlingen, 30 prosent skyldes svikt i diagnostikk og åtte prosent skyldes infeksjon.

De viktigste årsakene til svikt i behandlingen er at det er brukt feil behandlingsteknikk/metode, at behandlingen har vært mangelfull/manglende eller at det ikke har vært grunnlag for behandlingen. Hovedårsakene til svikt i diagnostikk er at funn ikke har vært fulgt opp/mangelfull utredning, at det ikke er rekvirert prøver/undersøkelser eller at prøvesvar/kliniske undersøkelser er blitt feiltolket.

NPE har publisert en rapport for regionale helseforetak som viser antall saker, medhold/avslag, årsak til medhold, medisinsk område og utbetalinger i femårsperioden 2011–2015. I tillegg har NPE utarbeidet en rapport for privat helsetjeneste som viser nøkkeltall for de første syv årene med pasientskader fra denne sektoren (2009–

2015). Det er et siktemål at disse to rapportene skal gi inspirasjon til forbedringsarbeid i helsetjenesten. Årsrapporten til NPE inneholder ikke hovedresultater fra disse statistikkrapportene, men de er publisert på NPEs nettsider.

Rapport for privat helsetjeneste viser at NPE har mottatt 3113 saker i perioden. Antallet saker har økt hvert år siden 2009 og utgjorde i 2015 11 prosent av sakene. Over halvparten av mottatte saker gjelder tannbehandling. Kirurger er den nest største helsepersonellgruppen med 17 prosent. Kirurgi er hovedsakelig knyttet til de tre medisinske områdene plastikkirurgi, ortopedi og gastroenterologisk kirurgi. Hele 76 prosent av medholdssakene i privat helsetjeneste er knyttet til svikt i behandlingen. Svikt i diagnostikk er årsak til medhold i 14 prosent av sakene, smitte eller infeksjon seks prosent og informasjonssvikt tre prosent av sakene.

5.2 Særskilte tema

For NPE er det viktig å bidra til pasientsikkerhetsarbeidet. Dette gjøres først og fremst ved å gjøre skadestatistikk og informasjon om læringsverdien av sakene tilgjengelig for helsetjenesten og myndighetene. Noe av det som gjør sakene som blir meldt til NPE sentrale, er at det er pasienten selv som melder.

NPE er involvert i en rekke samarbeidsprosjekter. De viktigste er:

- Meldesystemer: I samarbeid med flere av de største helseforetakene skjer en kartlegging av om medholdssaker i NPE er blitt registrert i helseforetakenes avvikssystemer. Et eventuelt samsvar kan si noe om i hvilken grad pasientskader som gir rett til erstatning er blitt vurdert av helsepersonell som et avvik som skal meldes til avvikssystemet.
- Ortopedi: I det regionale prosjektet «Trygg ortopedi» i Helse Vest RHF, blir det gjort en gjennomgang av utvalgte data fra over 5000 NPE-saker på landsbasis. Hensikten er å utvikle skadeforebyggende tiltak innenfor ortopedisk kirurgi.

- Gastrokirurgi: Doktorgradsprosjekt som analyserer 400 medhold innenfor gastroenterologisk kirurgi fra hele landet. Målet med prosjektet er å utvikle skadeforebyggende tiltak i Helse Vest RHF på bakgrunn av opplysninger om pasientskadene.
- Gynekologi: Doktorgradsprosjekt som gjør en systematisk gjennomgang av over 300 erstatningssaker som gjelder gynekologi og gynekologisk kreft. Målet er å lære av skadene som har skjedd for å kunne forebygge skader og forbedre behandlingen.

Årsrapporten inneholder ikke informasjon om resultater av disse prosjektene. NPE har imidlertid egen nettside med presentasjon av løpende og avsluttede prosjekter som er basert på NPE-statistikk. På nettsiden vises det blant annet til et avslut-

tet hovedoppgaveprosjekt ved NTNU og St. Olavs Hospital som fant at kun 20 prosent av de totalt 167 medholdssakene i NPE som var inkludert i studien hadde blitt rapportert inn i sykehusets eget meldesystem.

Det har vært et møte om et samarbeid om bruk av erfaringer fra de nordiske ordningene med tanke på skadeforebyggings- og pasientsikkerhetsarbeid. Hensikten med dette samarbeidet er å lære av hverandre. Er det for eksempel noe som gjøres annerledes i de andre nordiske landene som NPE kan lære av når det gjelder arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

NPE har også undervisning for helsepersonell på masterstudie i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet, hvor skadestatistikk fra NPE blir brukt for å belyse både pasientskader og forbedringsmuligheter.

6 Meldeordningen

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Forvaltningen av ordningen – heretter kalt Meldeordningen – ble 1.1.2016 overført fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til Helse direktoratet som følge av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes til å avklare årsaker til hendelser for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Innmeldte hendelser blir vurdert med tanke på å identifisere risikomønstre som kommer inn under definisjonen på pasientsikkerhet: Vern mot unødig skade som følge av ytelse fra helsetjenesten eller mangel på ytelse. Årsrapporten gir en kort oversikt over de ulike hendelsestyper som representerer utfordringer i et pasientsikkerhetsperspektiv på systemnivå. Analyse av aggregerte data danner utgangspunkt for faglige tilbakemeldinger i form av for eksempel læringsnotater til bruk lokalt og regionalt.

6.1 Hovedtrekk i årsrapporten

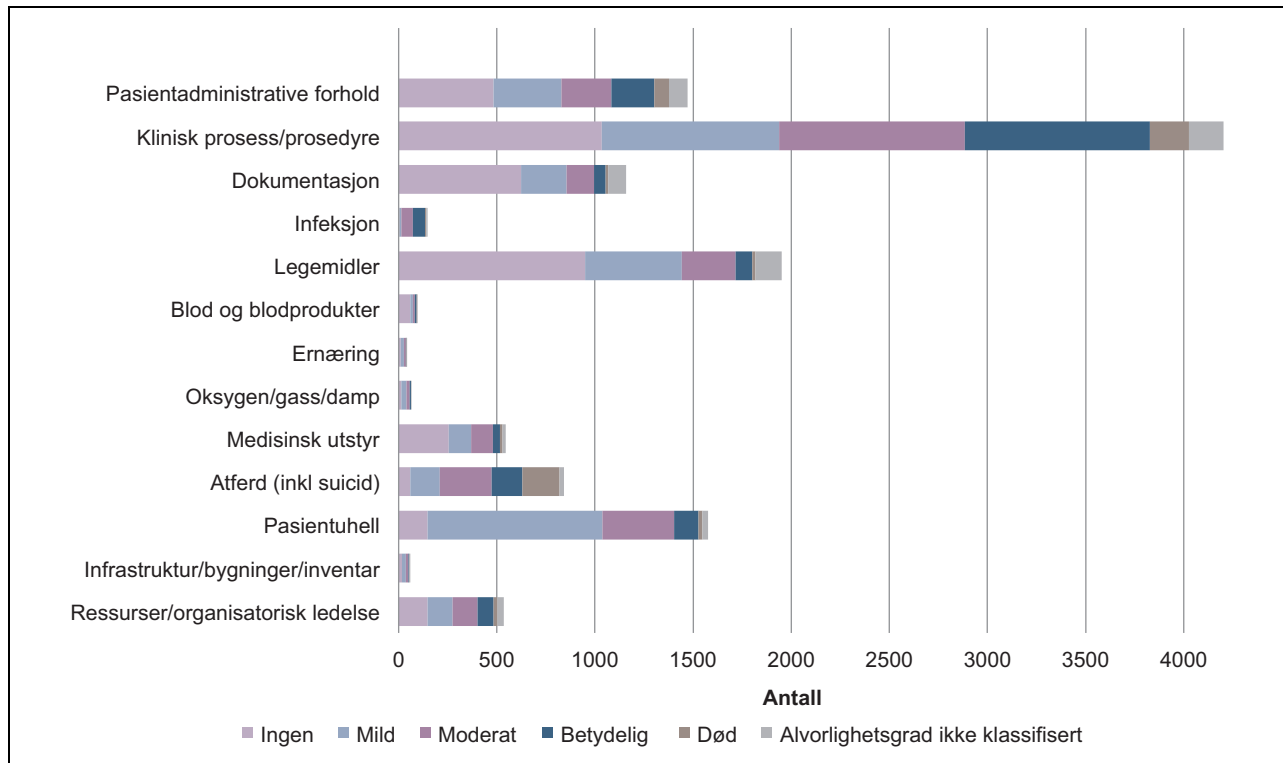
I 2015 mottok Meldeordningen 9707 meldinger fra meldepliktige virksomheter; i gjennomsnitt 866 meldinger per måned. Dette er noen flere enn i 2014 da de fikk inn 9536 meldinger. Det var registrert betydelig skade i 1352 hendelser (14,6 prosent), og 441 hendelser (4,6 prosent) omhandlet dødsfall. Av disse var det 159 selvmord. I 2877 hendelser (31,4 prosent) var det ikke registrert noen skade på pasienten. Disse er meldt fordi hendelsene kunne ha medført betydelig pasientskade.

Antall meldinger fra de ulike virksomhetene varierer betydelig. I årsrapporten påpekes det at antall meldinger sier noe om en virksomhets evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke forekomst av uønskede

hendelser. De meldte hendelsene fordeler seg jevnt mellom kvinner og menn. Ni prosent av hendelsene gjaldt barn under 12 år. Barn født 2014 og senere utgjør alderskategorien med størst antall meldte hendelser. Meldeordningen mener at det sannsynligvis er flere meldinger vedrørende nyfødte barn enn disse tallene viser fordi enkelte hendelser blir registrert med morens fødselsår selv om hendelsen gjaldt barnet.

De mottatte hendelsene er klassifisert i henhold til WHO's rammeverk «*International Classification for Patient Safety*». I 2014 var andelen klassifiserte hendelser 87 prosent. På bakgrunn av anbefaling i SINTEF's evaluering av Meldeordningen, har Meldeordningen prioritert å klassifisere hendelser og øke antall læringsnotater fremfor å besvare enkelthendelser. I 2015 er derfor alle hendelser klassifisert av Meldeordningen. Hendelsene fordelte seg i de ulike hendelsestypene og alvorlighetsgrad som vist i figur 6.1. Hver hendelse er i gjennomsnitt klassifisert i 1,4 hendelsestyper. Derfor overstiger summen av hendelsene i de ulike kategoriene antall hendelser totalt.

- Avvik knyttet til *kliniske prosesser/prosedyrer* forekom i 43 prosent av hendelsene. Avvik ved utøvelse av prosedyrer ved observasjon, behandling eller pleie var den største gruppen hendelser, 27 prosent av alle hendelsene. Hyppigste avvik var at retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt og/eller at behandling ble igangsatt for sent eller feilaktig. I 644 hendelser var det registrert problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasienter. Totalt var det 200 pasienter som døde, og i 940 hendelser var det registrert betydelig skade. Forsinket diagnose og forsinket behandling var de kategoriene med størst andel alvorlige hendelser.
- I 1951 meldinger (20 prosent) var det registrert feil knyttet til *legemiddelhandtering*. 85 av disse resulterte i betydelig pasientskade, og i 15 hendelser døde pasienten. De største risikoområdene var:
 - Feil ved utlevering/utdeling av legemidler på post.
 - Feil ved ordinasjon/forskrivning.
 - Avvik ved istandgjøring/tilberedning.



Figur 6.1 Alvorlighetsgrad i de ulike hendestypene. N=9707.

Kilde: Meldeordningen, Helsedirektoratet

- Pasienter fikk legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens.
- I 375 hendelser ble ikke forordnet legemiddel gitt til pasienten.
- Feil legemiddel ble gitt i 312 hendelser.

sert som dokumentasjonssvikt inkluderte blant annet feil ved journalføring og at relevant og nødvendig dokumentasjon manglet eller var ufullstendig. I tillegg var det noen hendelser som gjaldt forveksling av pasientdokumenter.

Meldeordningen har publisert fire læringsnotater om legemiddelhendelser siden 2012.

- *Pasientuhell* utgjorde 16 prosent av hendelsene. Hele 1396 av disse hendelsene gjaldt fall (14 prosent), oftest fra seng eller i forbindelse med toalettbesøk. Et gjennomgående problem var at fallreducerende utstyr ikke var tilgjengelig (anti-sklimatte, fallmatte og sengehest), og/eller at bremsere ikke var satt på (på seng, rullestol, bære, rullator).
- *Svikt i pasientadministrasjon* utgjorde 15 prosent av hendelsene. I 182 hendelser ble skade på pasient vurdert til betydelig eller til at pasienten døde. Risikoområder var overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse på sykehus eller flytting av pasienter internt på sykehus. Et annet risikoområde var avvik ved respons på akutt situasjoner.
- Uønskede hendelser vedrørende *dokumentasjon* var beskrevet i 1158 meldinger; 12 prosent av hendelsene. I 72 hendelser var det registrert betydelig skade eller død. Hendelser klassifi-

Meldeordningen påpeker at svikt i dokumentasjon og informasjonsflyt synes å være en av de største truslene mot sikker pasientbehandling. Dette gjelder blant annet oppfølging av prøver og undersøkelser. Dette er diskutert i et læringsnotat fra Meldeordningen i 2014.

Konsekvenser av de uønskede hendelsene

Hendelsene fikk i mange tilfeller store menneskelige og økonomiske konsekvenser for den involverte pasienten, for andre pasienters behandlingsforløp og for organisasjonen. Blant de 4648 hendelsene som inneholdt tilstrekkelig informasjon til at klassifikasjon av slike konsekvenser var mulig, fordelte dette seg slik:

- Behov for ekstra undersøkelser/tester for involvert pasient.
- Behov for ekstra helsepersonell.
- Forstyrret arbeidsflyt eller forsinkelse i andre pasienters behandling.
- Behov for ekstra utstyr.

- Hendelsene medførte at pasienten måtte overflyttes til spesialavdeling/høyere behandlingsnivå.
- Forlenget liggetid for involvert pasient.

6.2 Særskilte tema

Meldeordningen publiserte syv læringsnotater i 2015 med stor variasjon i både tematikk og omfang. I årsrapporten fremkommer det at læringsperspektivet har vært førende i arbeidet med å identifisere tema som representerer systemproblemer. Temaer er således ikke valgt på grunn av et stort antall innmeldte hendelser innen et bestemt område, men basert på en vurdering av hvorvidt det synes å være muligheter for læring og forbedring på systemnivå. Tema velges også på bakgrunn av om det er behov for å løfte frem risikoområder. Et fellestrekk ved læringsnotatene er at de identifiserer risikoområder basert på innmeldte meldinger og fremmer forslag til forbedringsområder basert på innmeldte meldinger, nasjonale faglige retningslinjer der slike foreligger

og for de fleste notatene systematisk gjennomgang av forskningslitteratur for å finne effektive tiltak.

Meldeordningen publiserte følgende læringsnotater i 2015:

- Uønskede hendelser ved ernæring i sykehus.
- Uønskede hendelser med metotreksat – kan de forebygges?¹
- Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten.
- Gruppe B-streptokokker hos gravide og fødende – kan oppfølgingen bli bedre?²
- Akuttmottak – risikosone for pasientsikkerhet.
- Parenteral ernæring – en kompleks behandling.³
- Overfylt urinblære – en utfordring i sykehus.

¹ Læringsnotatet omfattet ulike former for feil bruk av legemidlet metotreksat

² Gruppe B-streptokokkinfeksjon i forbindelse med svangerskap og fødsel eller i barnets første leveuke kan gi alvorlig skade på barnet ved forsinket eller ubehandlet infeksjon.

³ Parenteral ernæring innebærer at ernæringen gis direkte i blodbanen.

7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Kvalitetsindikatorerne har flere formål. De gir pasienter og pårørende et grunnlag for å ta mer kvalifiserte og informerte valg, de gir offentligheten informasjon om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og skal brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i tjenestene. Kvalitetsindikatorerne skal også bidra til større åpenhet om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, og resultatene gjøres derfor regelmessig offentlig tilgjengelig.

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for hele helse- og omsorgstjenesten. Som ledd i en treårig handlingsplan (2014–2017) for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem har Helsedirektoratet stadig utviklet flere nasjonale kvalitetsindikatorer, fra 66 i 2014 til 97 kvalitetsindikatorer i 2015¹, som vist i tabell 7.1. I tillegg har antall publiseringer økt fra fire i 2014 til fem i 2015.

De nasjonale kvalitetsindikatorerne fordeler seg på områdene somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og rus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Tabell 7.1 viser denne fordelingen, med angivelse av nye indikatorer i parentes.

Resultater på enkeltindikatorerne gir ikke et helhetlig bilde av kvaliteten i en helsetjeneste. Ved å se flere indikatorer innen et fagområde i sammenheng – «en pakke» av indikatorer – vil en

kunne få et mer helhetlig bilde på et fagområde. I 2015 er det etablert flere slike «pakker».

7.1 Oppsummering av resultater

For å vise kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten på et overordnet nivå, kan resultatene for enkeltindikatorer sammenstilles og analyseres. Dette vil særlig være relevant for nasjonale helsemyndigheter for å følge utviklingen over tid på bestemte områder. Resultater for de samme enkeltindikatorerne finnes og publiseres regelmessig både på regionalt, på helseforetaks- og sykehusnivå samt på fylkes- og kommunenivå. For pasienter, publikum og helse- og omsorgstjenesten, vil konkrete resultater for enkeltindikatorer eller «pakker» av kvalitetsindikatorer i en bestemt kommune eller klinikk, være mer egnet til å gi informasjon om kvaliteten i ulike deler av tjenestene.

I figur 7.1 er resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer oppsummert og analysert. De fleste resultatene i denne analysen er beregnet med utgangspunkt i data fra 2015, sammenlignet med data fra 2014. Kvalitetsindikatorerne er vurdert til å være positiv, stabil, negativ eller ikke i tidsserie (data strekker seg ikke over en toårsperiode). Et positivt resultat er først og fremst et uttrykk for en god utvikling fra 2014 til 2015, og viser ikke nødvendigvis grad av måloppnåelse.







Det har vært en positiv utvikling på de fleste områdene som kan grupperes innen kvalitets-

¹ Her oppsummeres status for 2015. Per november 2016 er det utviklet i alt 159 nasjonale kvalitetsindikatorer.

Tabell 7.1 Oversikt over antall nasjonale kvalitetsindikatorer 2015.

Overordnede områder	Totalt antall kvalitetsindikatorer
Somatisk helse	54 (27)
Psykisk helse og rus	25(2)
Kommunale helse- og omsorgstjenester ¹	14 (4)
Legemidler	4 (4)
SUM	97 (32) (5 er faset ut)

¹ Inkluderer tannhelse

Kvalitetsdimensjon	Måleområdet (antall indikatorer)	Resultat	Antall/beskrivelse
Virkningsfulle	Overlevelse (10)		1/16 Positiv 11/16 Stabil 4/16 Ikke tidsserie
	Morbiditet og sykkelighet (3)		
	Funksjon og mestering (2)		
	Oppnådd ønsket utfall (1)		
	Pasientrapportert resultat (0)		
Trygge og sikre	Pasientsikkerhet (27)		11/35 Positiv 19/35 Stabil 5/35 Ikke tidsserie
	Riktig behandlingsnivå (0)		
	Retningslinjer og behandlingsforløp (7)		
	Beredskap i helsetjenesten (1)		
Involvere bruker og gi innflytelse	Bruker- / pårørende erfaring (3)		1/3 Stabil 2/3 Ikke tidsserie
	Bruker- / pårørende medvirkning (0)		
	Bruker- / pårørende opplæring (0)		
	Informasjon og kommunikasjon til brukere og pårørende (0)		
Samordnet og preget av kontinuitet	Behovsplanlegging og kartlegging (11)		1/49 Positiv 11/49 Stabil 4/49 Negativ 33/49 Ikke tidsserie
	Samhandling og kommunikasjon mellom tjenester og aktører (2)		
	Koordinering av tjenester og aktører (2)		
	Helhetlig pasientforløp (34)		
Utnytte ressurser	Ønsket utfall på riktig behandlingnivå til lavest innsats (0)		3/4 Positiv 2/4 Stabil
	Overforbruk (0)		
	Forebygging (3)		
	Kostnadseffektiv behandling (0)		
	Effektive pasientforløp og ressursplanlegging (1)		
Tilgjengelig og rettferdig fordelt	Rett tjeneste til rett tid (18)		20/43 Positiv 6/43 Stabil 13/43 Ikke tidsserie
	Personell og kompetanse (3)		
	Tilgang på ressurser og utstyr (1)		
	Tilgang og fordeling av tjenester (17)		
	Informasjonstilgjengelighet (4)		
SUM	150		150

Figur 7.1 Viser oversikt over resultater på kvalitetsindikatorer innen måleområder og kvalitetsdimensjoner.

Kilde: helsenorge.no

dimensjonene trygge og sikre samt tilgjengelig og rettferdig fordelt. Resultatene er stabile på de fleste områder innen dimensjonene virkningsfulle, involvere bruker og gi innflytelse, samordnet og preget av kontinuitet samt utnytte ressurser. Til sammen fire indikatorer viser en negativ utvikling. Det er observert negativ utvikling når det gjelder individuell plan for barnehabilitering og individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni i psykisk helsevern for voksne. Datagrunnlaget for indikatoren som måler individuell plan er imidlertid mangelfullt, og dette kan påvirke resultatet. Videre er det også målt en negativ utvikling innenfor sannsynlighet for reinnleggelse, henholdsvis for eldre pasienter etter brudd og eldre per kommune.

7.2 «Pakker» av nasjonale kvalitetsindikatorer

Resultatene på enkeltindikatorer gir ikke et helhetlig bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Ved å sette sammen resultater for et sett av indikatorer som sier noe om struktur, prosess og resultat – en «pakke» av indikatorer – vil det være mulig å danne seg et mer helhetlig bilde av kvaliteten i tjenesten. Slike «pakker» gjør det mulig å følge utviklingen innenfor et innsatsområde nærmere. Det er en forutsetning at det er tilgang til data på området. Det mangler fortsatt et tilstrekkelig datagrunnlag og nasjonale kvalitetsindikatorer innen enkelte fagområder til at vi kan gi et mer helhetlig bilde av kvaliteten i disse tjenes-

tene. Myndighetene arbeider med å styrke kunnskap og datakvalitet på områdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og for kommunale helse- og omsorgstjenester, for i større grad å kunne følge med på tjenesteutviklingen på disse områdene. Det arbeides systematisk med å tilrettelegge data og publisering av resultater på stadig nye områder. Innenfor psykisk helsevern vil det fra 2017 bli etablert et nytt sett med nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til bruk av tvangsmidler i institusjon. Det skal da være mulig å følge utviklingen i bruk av både tvangsmidler og tvangsinnleggelse gjennom tertialvis publisering av data på helsenorge.no.

Det var flere «pakker» under utvikling i 2015. Nedenfor følger eksempler innen områdene hjerneslag, omsorgstjenester og pasientsikkerhet.

Behandling av hjerneslag

Årlig rammes rundt 15 000 personer av hjerneslag i Norge. Sykdommen er den tredje hyppigste dødsårsaken i landet, og en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming. Per mai 2016 består det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet av syv indikatorer som sier noe om kvaliteten på behandling av hjerneslag i Norge. Datakildene er Norsk hjerneslagsregister, Folkehelseinstituttet og Norsk pasientregister.

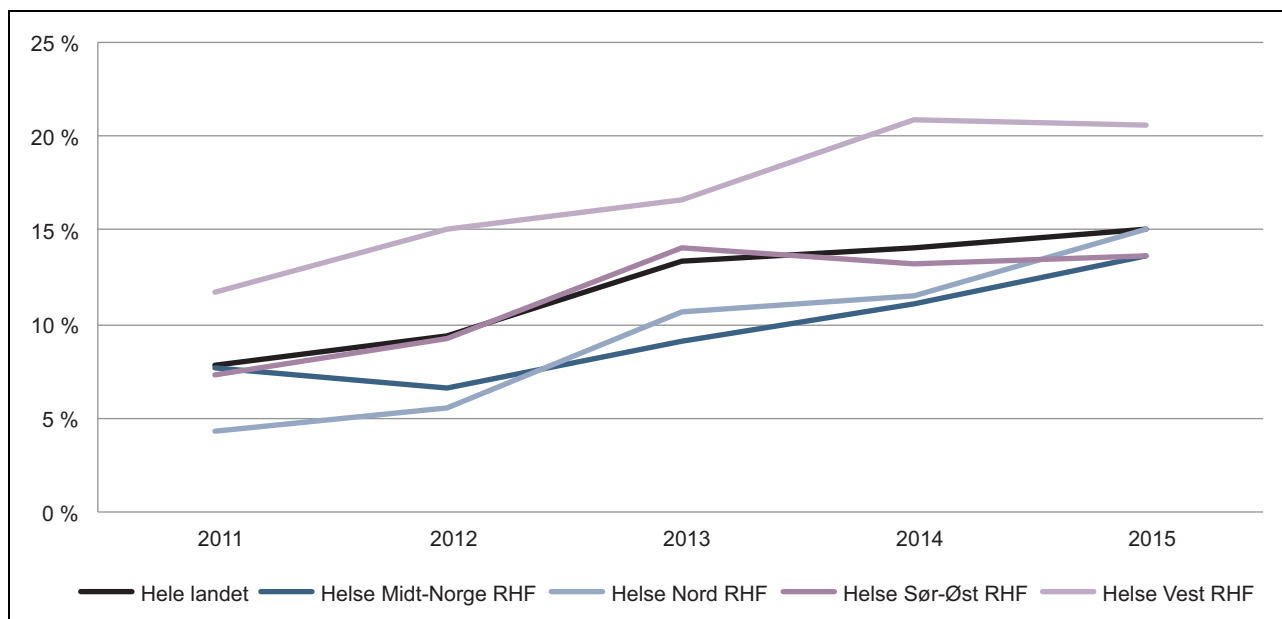
Det er i hovedsak fire stadier som måles innen behandling av hjerneslag:

- Tidlig behandling i sykdomsforløpet målt ved: Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen, trombolysebehandling av hjerneinfarkt innen 40 minutter og behandling i slagenhet etter akutt hjerneslag.
- Behandling mot tilbakefall målt ved: Antitrombotisk behandling etter hjerneinfarkt og blodfortynnende behandling etter hjerneinfarkt hos pasienter med atrieflimmer.
- Reinnleggelse etter utskrivning målt ved: Reinnleggelse av pasienter med hjerneslag over 67 år.
- Effekt av behandling målt ved: Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag.

Oppsummert oppnår de regionale helseforetakene jevnt over gode resultater på disse indikatorene. Det er imidlertid variasjon mellom regionale helseforetak, helseforetak og behandlingssteder, og det er nødvendig at tjenesten analyserer resultatene for å finne årsakene til variasjon. Nedenfor følger en nærmere oversikt over resultater for de ulike stadiene i behandlingen.

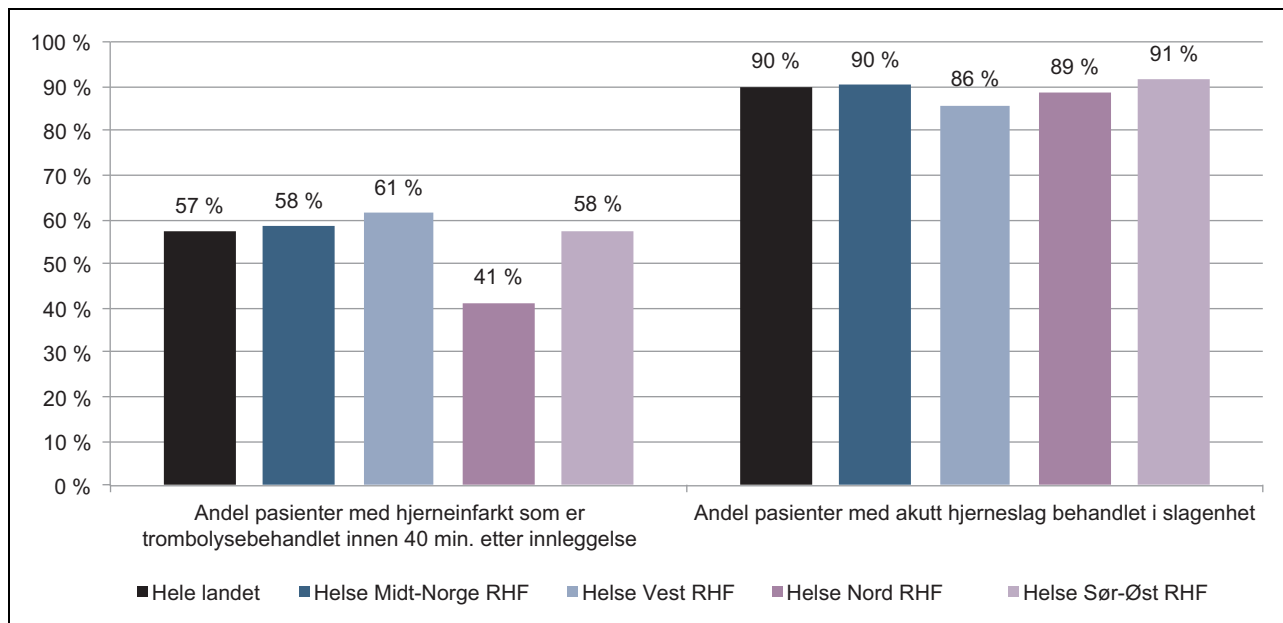
Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen

Trombolyse er en effektiv og trygg behandling for noen pasienter som får en blodpropp i hjernen (hjerneinfarkt). Figur 7.2 viser andelen pasienter med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse innen 4,5 timer. Fra 2011 til 2015



Figur 7.2 Andel pasienter med blodpropp i hjernen som har fått akutt behandling med trombolyse. 2011–2015.

Kilde: helsenorge.no



Figur 7.3 Resultater på nasjonale kvalitetsindikatorer fra Norsk hjerneslagregister i 2014 per helseregion.

Kilde: helsenorge.no

har det vært en økning i andel pasienter som får trombolysbehandling på landsbasis, fra 7,8 prosent i 2011 til 15,1 prosent i 2015. Det har vært en økning i bruken av trombolysbehandling i alle helseregionene i løpet av denne perioden, men forskjellen mellom regionen med høyest andel og regionen med lavest andel har holdt seg stabil på rundt 7 prosentpoeng.

Trombolysbehandling av hjerneinfarkt innen 40 minutter

De nasjonale retningslinjene anbefaler at pasienter som er aktuelle for trombolys bør utredes så raskt som mulig. Norsk hjerneslagregister har definert at høy måloppnåelse er når minst 50 prosent av pasientene som trombolysbehandles starter behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. Figur 7.3 viser at på landsbasis fikk 57 prosent av alle pasienter med hjerneinfarkt trombolysbehandling innen 40 minutter etter innleggelse i 2014. Alle helseregionene med unntak av Helse Nord RHF har høy grad av måloppnåelse på denne indikatoren.

Behandling i slagenhet etter akutt hjerneslag

Behandling i slagenhet er det eneste behandlingstilbudet ved akutt hjerneslag som reduserer døde-

lighet og funksjonshemming. Figur 7.3 viser at på landsbasis ble 90 prosent av pasientene i 2014 behandlet i en slagenhet. Dette er gode resultater internasjonalt. En del store sykehus i Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF har lav dekningsgrad i hjerneslagregisteret, noe som gjør at resultatene må tolkes med varsomhet. Sykehus med lav prosentandel bør likevel se på sine behandlingsrutiner og på kapasiteten ved slagenheten.

Behandling mot tilbakefall

Antitrombotisk behandling etter hjerneinfarkt reduserer risikoen for nye hjerneinfarkter og andre sykdommer forårsaket av blodpropp. Nasjonale retningslinjer anbefaler at alle pasienter med hjerneinfarkt får slik behandling, med mindre pasientene har andre alvorlige tilstander som fører til andre anbefalinger. Norsk hjerneslagregister har definert at det er høy grad av måloppnåelse dersom over 95 prosent av pasientene får antitrombotisk behandling, og moderat måloppnåelse dersom mellom 85 og 95 prosent får slik behandling. I 2014 fikk 92 prosent av pasientene på landsbasis antitrombotisk behandling etter hjerneslag. Helse Midt-Norge RHF var den eneste helseregionen med høy grad av måloppnåelse (95 prosent).

Blodfortynnende behandling etter hjerneinfarkt hos pasienter med atrieflimmer

Behandling med antikoagulasjon (blodfortynnende) reduserer risikoen for nye hjerneinfarkter hos pasienter med atrieflimmer og anbefales i nasjonale retningslinjer. Norsk hjerneslagregister har definert at det er høy grad av måloppnåelse dersom over 70 prosent² av pasienter med hjerneinfarkt og atrieflimmer får behandling med antikoagulasjon når de skrives ut av sykehuset. I 2014 fikk 67 prosent av pasientene med hjerneinfarkt og atrieflimmer behandling med antikoagulasjon ved utskrivning fra sykehus. Helse Vest RHF var eneste helseregion som hadde høy grad av måloppnåelse, med 76 prosent, men det er flere sykehus i Helse Vest RHF som har en dekningsgrad under 70 prosent.

Reinnleggelse av pasienter over 67 år med hjerneslag

Reinnleggelse av pasienter er en nasjonal kvalitetsindikator som må tolkes med varsomhet, fordi reinnleggelser kan være tegn på både god og dårlig kvalitet. Høy sannsynlighet for reinnleggelse skyldes ikke nødvendigvis svikt i behandling eller omsorg, men kan være en følge av at pasienten

² For en del pasienter er det naturlig å vente med antikoagulasjonsbehandling til etter akutfasen grunnet blødningsrisiko i hjerneinfarkt. Dette er grunnen til at 70 prosent er valgt som høy måloppnåelse. I tillegg har en del pasienter kontraindikasjoner til antikoagulasjon.

har et komplekst sykdomsbilde som krever tett oppfølging. I slike tilfeller vil reinnleggelser kunne være god pasientbehandling. Andre ikke-planlagte reinnleggelser betraktes ofte som uttrykk for dårlig kvalitet i behandlingsforløpet. I 2015 var sannsynligheten for reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter med hjerneslag 11,2 prosent på landsbasis. Helse Nord RHF hadde signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelser, og Helse Vest RHF hadde signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelser av disse pasientene, se figur 7.4.

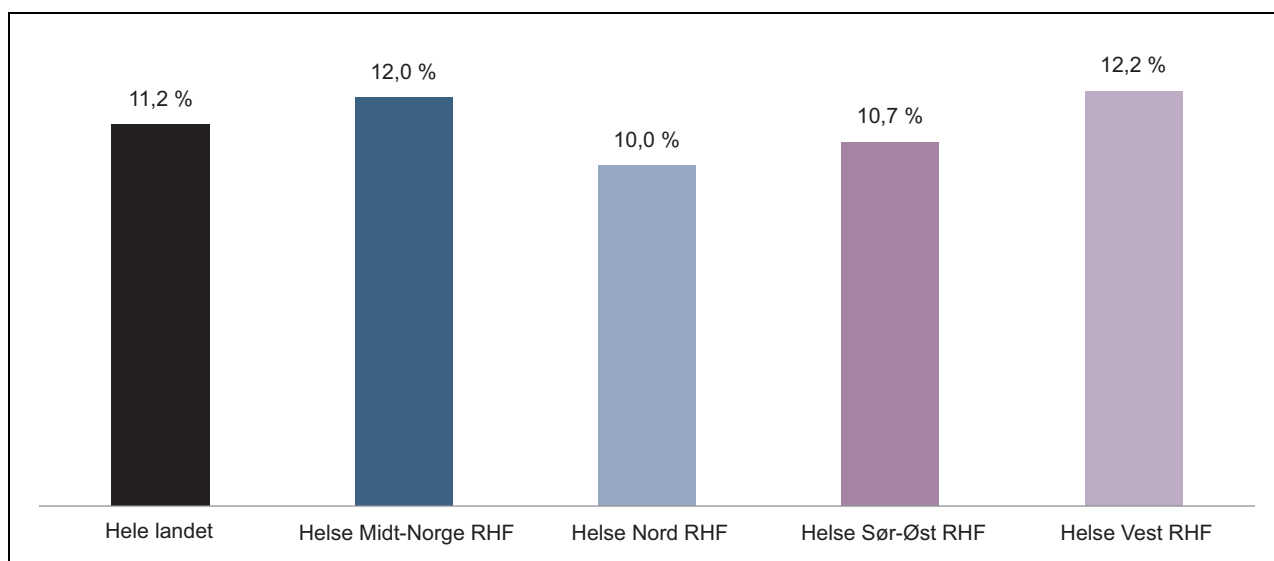
Overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag

30 dagers overlevelse er publisert som nasjonal kvalitetsindikator i flere år, men på grunn av forskjellig valg av metode og datagrunnlag, skal man være forsiktig med å sammenligne resultatene fra ulike år. Figur 7.5 viser at fra 2011 til 2015 er det ingen statistisk signifikant endring over tid for 30 dagers overlevelse etter hjerneslag på landsbasis.

Omsorgstjenester

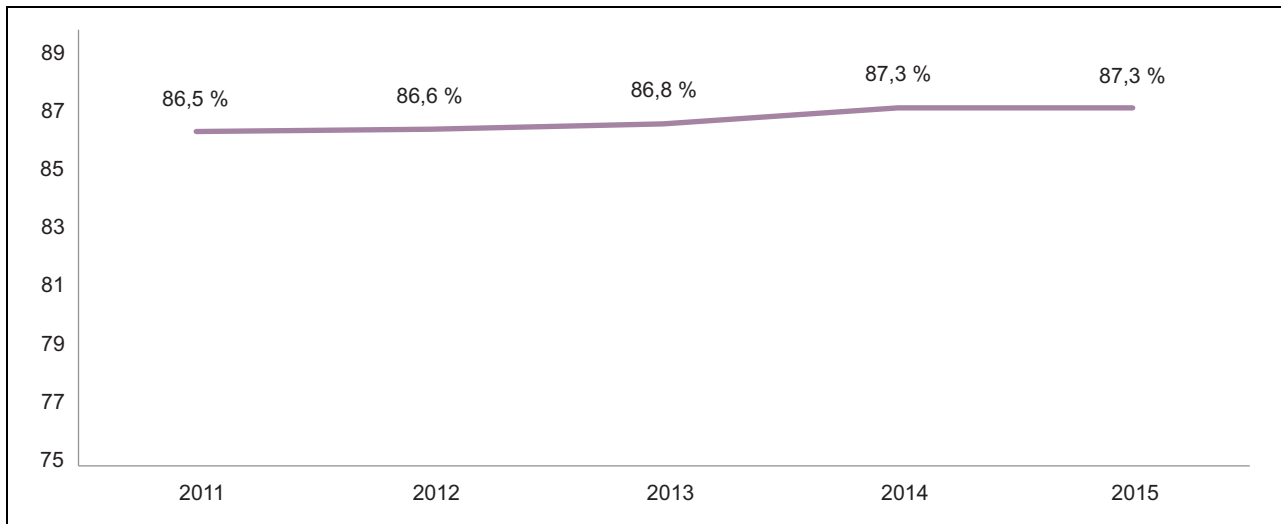
For omsorgstjenester i kommunene er flere nasjonale kvalitetsindikatorer etablert, både for brukere på sykehjem og for hjemmeboende som mottar omsorgstjenester.

Når det gjelder tjenester til brukere på sykehjem har det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet seks kvalitetsindikatorer. Datakildene er Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA). Det er i



Figur 7.4 Viser sannsynlighet for reinnleggelse av eldre innlagt med hjerneslag på sykehus innen 30 dager etter utskrivning i 2015.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Figur 7.5 Viser sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter innleggelse for hjerneslag i perioden 2011–2015.

Kilde: Folkehelseinstituttet.

hovedsak tilgangen på tjenester og i hvilken grad tjenester blir tilrettelagt for brukere med komplekse behov som måles innen sykehjem:

- Ventetid på sykehjemsplass.
- Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder.
- Legetimer per beboer i sykehjem.
- Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder.
- Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC.
- Mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon med individuell plan.

For å gi et oversiktlig bilde av kvalitetsindikatorerne for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, presenteres disse av praktiske grunner på fylkesnivå. Resultater for den enkelte kommune er å finne på helsenorge.no. Figur 7.6 viser resultatene³ for de ulike kvalitetsindikatorerne, illustrert med «trafikklys». Rødt viser fylker med lavest dekning (lavere enn 33 prosent av landsgjennomsnittet). Grønt viser de med høyest dekning (høyere enn 33 prosent av landsgjennomsnittet). Gult viser mellomnivået. Figur 7.6 viser at det er store variasjoner i resultatene mellom de ulike fylkene. Oslo har for eksempel høy andel beboere på sykehjem som er vurdert av tannhelsepersonell og av lege, men har lav andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC. Finnmark har lav andel beboere vurdert av tannhelsepersonell og

av lege, men har høyere andel enerom med bad/WC sammenlignet med Oslo.

Ventetid på sykehjemsplass

På landsbasis har ni av ti tjenestemottakere fått langtidsplass på sykehjem innen 15 dager etter vedtak. Rogaland har høyest andel med 96,4 prosent, mens Telemark ligger lavest med 68,5 prosent. At man venter på en langtidsplass, betyr ikke at tjenestetilbudet nødvendigvis er uforvarlig. Kommunen kan for eksempel tilby korttidsplass på sykehjem eller flere tjenester i hjemmet i ventetiden. Variasjon i ventetid mellom fylkene kan imidlertid tyde på at kommunene i ulik grad planlegger for og dimensjonerer sine tjenester ut fra innbyggernes behov.

Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder

Denne indikatoren viser andel langtidsbeboere på sykehjem som er blitt vurdert eller behandlet av lege siste 12 måneder. Et mål på god kvalitet er jevnlig vurdering og kontakt med lege. Det er ingen minimumsmål for denne indikatoren. På landsbasis fikk 50,2 prosent av sykehjemsbeboere vurdering av lege siste 12 måneder. Av figur 7.6 ser man at det er stor spredning mellom høyest og lavest, hvor Oslo har 78,9 prosent som er vurdert av lege siste 12 måneder og Vest-Agder har 27,8 prosent. Datagrunnlaget fra IPLOS er mangelfullt, og i 2015 var landsgjennomsnittet for andel beboere på sykehjem uten opplysninger om de er vur-

³ Fargekodene er basert på resultatene i helsenorge.no, som har mer enn én desimal. Dette forklarer at fylker med tilsynelatende samme resultat har ulike fargekoder.

	Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder (andel %)		Legetimer per beboer i sykehjem (antall)		Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder (andel %)		Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC (%)		Mottakere av habilitering og rehabilitering på institusjon med individuell plan (andel %)		Vekting - bistand beboere institusjon
Datakilde	IPLOS	KOSTRA	IPLOS	KOSTRA	IPLOS	KOSTRA	IPLOS	KOSTRA	IPLOS		
Norge	50,2	0,5	33,4	81,5	3,1						
Akershus	36,7	0,5	20,6	82,6	6,1						
Aust-Agder	50,3	0,5	33,9	89,2	0,0						
Buskerud	53,5	0,7	30,9	85,7	4,2						
Finnmark	29,7	0,5	17,1	76,5	9,1						
Hedmark	53,0	0,5	32,8	87,2	1,4						
Hordaland	45,0	0,6	32,4	87,2	1,7						
Møre og Romsdal	49,7	0,5	29,7	84,7	0,0						
Nordland	46,4	0,5	27,8	85,1	4,8						
Nord-Trøndelag	42,6	0,4	18,5	82,5	0,0						
Oppland	47,7	0,6	33,0	80,5	2,2						
Oslo, fylke	78,9	0,5	59,2	57,7	3,0						
Rogaland	38,6	0,6	24,8	87,0	4,1						
Sogn og Fjordane	46,7	0,4	38,6	81,0	4,3						
Sør-Trøndelag	46,3	0,4	26,6	73,8	0,7						
Telemark	53,0	0,7	42,2	81,0	4,8						
Troms	36,9	0,5	23,5	87,3	0,0						
Vest-Agder	27,8	0,5	22,9	98,7	2,6						
Vestfold	55,4	0,6	34,5	83,7	0,0						
Østfold	67,6	0,6	45,9	85,8	6,0						

Figur 7.6 Kvalitetsindikatorer som måler helsetjenester til brukere i sykehjem fordelt etter fylke i 2015.

Kilde: helsenorge.no

dert av lege på 21 prosent. Dette er en viktig årsak til variasjon i resultatene.

Legetimer per beboer i sykehjem

Denne indikatoren viser gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie. Landsgjennomsnittet er 0,5 timer per beboer. Figuren viser at tilbudet er samlet mellom 0,4 og 0,7 legetimer per beboer i sykehjem på tvers av fylkene. Det er relativt store variasjoner mellom kommunene – fra 3,11 timer til 0,01 timer per uke. Kunnskap om lokale forhold er ofte en forutsetning for å kunne tolke tallene. Dersom to kommuner samarbeider om legetjenester, kan det i noen tilfeller medføre at en av kommunene i statistikken kommer ut med null timer legetjenester, mens den kommunen de samarbeider med får et for høyt legedekningstall. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet.

Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder

Denne indikatoren viser hvorvidt langtidsbeboere på sykehjem er blitt vurdert eller behandlet av tannhelsepersonell siste 12 måneder. På landsbasis er 33,4 prosent av langtidsbeboerne på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder. I Oslo er 59,2 prosent vurdert, mens i Finnmark er tallet 17,1 prosent. De fleste fylkene ligger i intervallet 25–35 prosent. Datagrunnlaget fra IPLOS er mangelfullt og varierende. I 2015 var landsgjennomsnittet for andel sykehjemsbeboere uten opplysninger på om de er vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder på 41 prosent. Andelen manglende rapportering varierer fra 23 prosent i Hordaland til 66 prosent i Akershus. Dette er en viktig årsak til variasjon i resultatene. Tannhelsetjenestens rapportering til KOSTRA vitner om at faktisk andel er høyere.

Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC

Denne indikatoren måler hvor stor andel av plassene i institusjon som har eget rom som er tilpas-

set med eget bad/wc med direkte adkomst fra rommet. På landsbasis har 81,5 prosent av plassene direkte adkomst til bad/WC. Vest-Agder er det fylket med høyest andel (98,7 prosent) mens Oslo er fylket med lavest andel (57,7 prosent). Institusjoner som omfattes, er sykehjem, aldershjem eller boform med heldøgns pleie/omsorg.

Mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon med individuell plan

Pasienter og brukere med behov for langvarige, koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til individuell plan. Landsgjennomsnittet er på 3,1 prosent. Høyest andel har Finnmark med 9,1 prosent. Ingen andre fylker kommer over 6,1 prosent. På landsbasis har 61,6 prosent av tjenestemottakerne med vedtak om habilitering og rehabilitering i institusjon ikke individuell plan. For 24 prosent av tjenestemottakerne ble individuell plan ansett til ikke å være relevant. En annen forklaring på lave andeler, er underrapportering til IPLOS. I 2015 var landsgjennomsnittet for andel uten rapportering på individuell plan på 10,5 prosent.

Helsetjenester til tjenestemottakere i eget hjem

Det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet har ni kvalitetsindikatorer som gir et bilde av helse- og omsorgstjenester til tjenestemottakere som bor i eget hjem. Datakilden er Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) og PAI-registeret (Personadministrativt informasjonssystem).

Disse kvalitetsindikatorne er:

- Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan.
- Hjelp til å reise til og fra arbeid og utdanning.
- Hjelp til å reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.
- Bistand til arbeid og utdanning.
- Bistand til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.
- Ventetid for helsetjenester i hjemmet.
- Ventetid for støttekontakt.
- Ventetid for dagsenteraktivitet.
- Sykefravær.

Overordnet ser man at en lav andel av brukere med tjenesten rehabilitering i hjemmet har en individuell plan. Indikatorene viser at eldre tjenestemottakere er mindre fornøyd med mengden tjenester som blir gitt for å kunne ha en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre, enn

unge. Det er kort ventetid på kommunale helse- og omsorgstjenester i hjemmet tross relativt høyt sykefravær blant de ansatte.

Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til individuell plan. Figur 7.7 viser at på landsbasis har 14,4 prosent av tjenestemottakerne med vedtak om habilitering eller rehabilitering i hjemmet en virksom individuell plan. Det er stor variasjon mellom fylkene. I 2015 hadde Oppland og Finnmark høyest andel, med henholdsvis 40,5 og 30,5 prosent. Oslo hadde den laveste andelen med 1,4 prosent. Resultatene må tolkes med forsiktighet. Ulikheter mellom fylker og kommuner kan blant annet skyldes manglende rapportering og mangel på kunnskap om gjeldende regelverk.

Det har vært en svak økning over tid. I 2009 hadde 10 prosent av tjenestemottakerne med vedtak om habilitering og rehabilitering i hjemmet en virksom individuell plan.

Aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre

Personer med behov for omsorgstjenester har rett til sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det er etablert fire nye nasjonale kvalitetsindikatorer som måler dette:

- Hjelp til å reise til og fra arbeid og utdanning.
- Hjelp til å reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.
- Bistand til arbeid og utdanning.
- Bistand til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter.

Tabell 7.2 viser resultatene for hver indikator.

Det måles hvorvidt brukeren opplever at behov og ønske er innfridd, delvis innfridd eller ikke innfridd. Tiltaket som innfris hos flest brukere er bistand til arbeid og utdanning. Tiltaket som innfris hos færrest brukere er hjelp til å reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter. Oslo er det fylket som i størst grad innfrir brukernes behov og ønsker, og mellom 70 og 80 prosent av brukerne får innfridd sine ønsker og behov på de fire ulike indikatorene. Troms og Møre og Romsdal er fylkene som i minst grad innfrir brukernes behov og ønsker. Det er store variasjoner mellom aldersgrupper. Søkerens behov og ønsker skal ligge til grunn for vurdering av behov. Ulik tolkning av behov eller ønsker kan bidra til

Tabell 7.2 Personer som mottar omsorgstjenester. Andel i ulike aldersgrupper som får innfridd behov og ønsker.

Nasjonale kvalitetsindikatorer	Andel som får innfridd behov og ønsker (%)		
	0–17 år	18–66 år	67 år og eldre
Bistand til å delta i arbeid og utdanning	91,5	73,9	61,6
Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter	71,5	65,9	48,2
Hjelp til reise til arbeid og utdanning	83,9	74,1	49,7
Hjelp til reise til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter	65,2	64,4	49,2

Kilde: helsenorge.no

ulik registreringspraksis i kommunene og dermed usikkerhet med hensyn til om man registrerer det samme i alle kommuner. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Ventetider

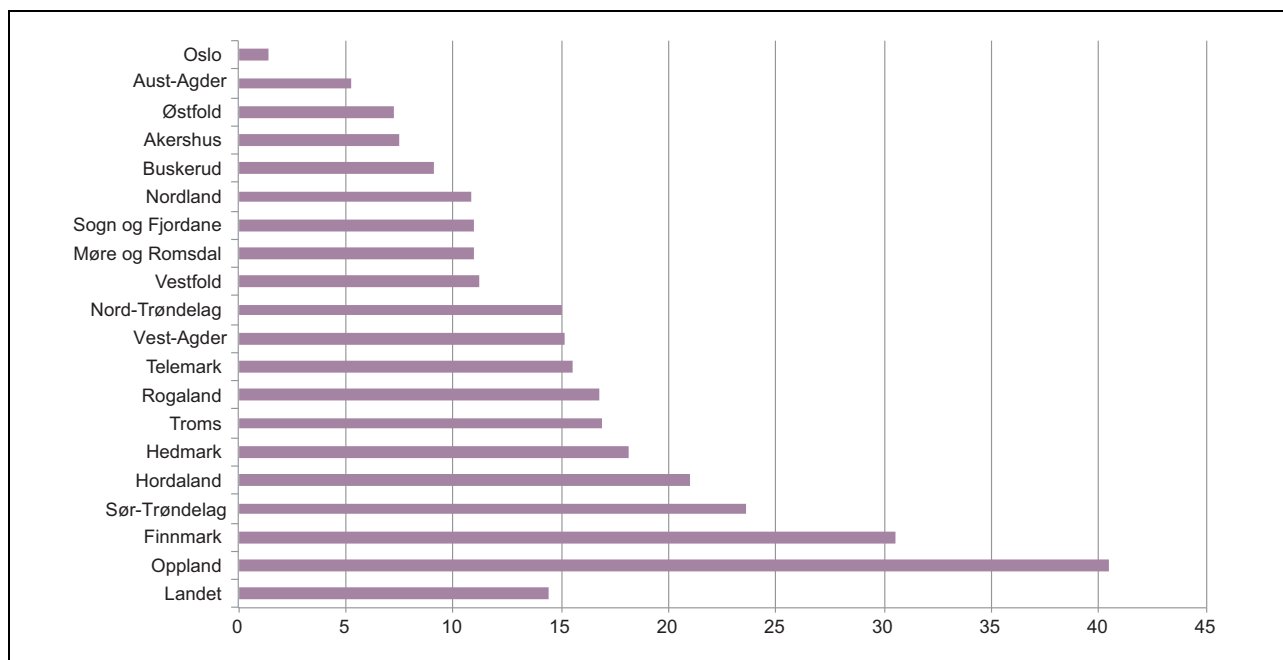
Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet har fire kvalitetsindikatorer som gir et bilde av ventetid fra kommunen har fattet vedtak om en helse- og omsorgstjeneste i hjemmet, til tjenesten er mottatt. Indikatorene viser om kommunen oppfyller vedtak som er fattet, og om det er samsvar mellom tjenester og behov. Videre setter de fokus på hvordan brukerens rettsikkerhet blir ivaretatt gjennom kommunens vedtakspraksis. Datakilden er

Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Følgende indikatorer er relevante for brukere som bor i eget hjem:

- Ventetid for helsetjenester i hjemmet.
- Ventetid for støttekontakt.
- Ventetid for dagsenteraktivitet.

Resultatet er vist i tabell 7.3.

Negativ ventetid er en betegnelse for innvilgelses hvor tjenesten tilsynelatende starter før det er fattet et formelt vedtak. I mange kommuner blir tjeneste startet hos mottaker før et formelt vedtak er fattet. Det gjelder mottakere som trenger et tiltak raskt. Negativ ventetid kan være positivt fordi det viser at kommunene handler raskt, men det



Figur 7.7 Andel tjenestemottakere med vedtak om re-/habilitering i hjemmet med individuell plan.

Kilde: helsenorge.no

Tabell 7.3 Ventetid for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Nasjonale kvalitetsindikatorer	Ventetid 0–15 dager (inkludert negativ ventetid)	Ventetid 15–30 dager	Ventetid 31 dager eller mer
Ventetid på dagaktivitetstilbud	83,2 %	6,2 %	10,6 %
Ventetid på hjemmetjenester	95,9 %	1,6 %	2,5 %
Ventetid på støttekontakt	84,8 %	6,6 %	8,6 %

Kilde: helsenorge.no

kan også skyldes feil i registrering av datoer. Resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

Sykefravær

Indikatoren viser andel sykefravær blant ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som gir tjenester til hjemmeboende. Sykefravær anses å ha innvirkning på kvaliteten på tjenestene. Ved sykefravær kan det bli mindre tid til hver enkelt bruker, og/eller hjemmebesøk kan bli forsinket eller avlyst. Ved vikarinnsats er det fare for at viktig erfaring går tapt eller må opparbeides på nytt over tid. Nye ansatte påvirker også forutsigbarhet og kontinuitet for brukerne av tjenestene.

Tabell 7.4 viser at andel sykefravær varierer mellom 9,6 prosent i Vest-Agder til 13,3 prosent i Troms for ansatte ved tjenester for hjemmeboende brukere. Ingen fylker skiller seg ut når det gjelder fordeling av sykefravær på egenmeldt/legemeldt. Sykefravær er vist i prosent av avtalte årsverk blant kommunalt ansatt personell i faste arbeidsforhold.

Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender (2014–2018)⁴ har som overordnet mål å redusere pasientskader og skape varige strukturer for pasientsikkerhetsarbeid samt fremme pasientsikkerhetskultur. Programmet gjennomføres både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Programmet kartlegger pasientskader og gjennomfører regelmessige undersøkelser av pasientsikkerhetskultur, samt arbeider for at kunnskap om pasientskader og uønskede hendelser i alle ledd av helsetjenesten systematisk brukes til forbedring av pasientsikkerhet. Styregruppen for pasientsikkerhetsprogrammet

følger opp styringsparametere i programperioden som i hovedsak er nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor følgende hovedområder:

- *Infeksjon og skader*: Prevalensmålinger for infeksjoner, insidensmålinger for infeksjon etter kirurgiske inngrep, GTT undersøkelse for pasientskader.
- *Kultur og erfaring*: Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen, pasienterfaringer ved norske sykehus.
- *Overlevelse*: Andel overlevelse 30 dager etter sykehusinnleggelse.

På et overordnet nivå er resultatene på alle tre områder stabile eller viser svak positiv utvikling. Infeksjonsnivåene er lave og stabile, og andel pasientskader har nedadgående trend. Andel som overlever 30 dager etter sykehusinnleggelse går også i positiv retning. Innenfor kultur og erfaringer er det også positive resultater, men enkelte områder som for eksempel samhandling sett fra pasientens perspektiv, er viktige forbedringsområder.

Infeksjon og skader

Prevalensundersøkelser for infeksjoner i norske sykehus og sykehjem måler forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner. I disse undersøkelsene beregnes andelen pasienter med en helse-tjenesteassosiert infeksjon på én utvalgt dag.

Figur 7.8 viser målinger gjort fra mai 2010 til november 2015. Grafene viser en stabil utvikling over tid for infeksjoner både i sykehus og sykehjem.

Insidensmålinger for infeksjon etter kirurgisk inngrep

Indikatoren viser forekomst av infeksjoner etter kirurgiske inngrep, aortakoronar bypass kirurgi (AK bypass), keisersnitt, galleblære, totalprotese og hemiproteese. Figur 7.9 viser at forekomsten av

⁴ Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Pasientsikkerhetsprogrammet-I-trygge-hender-24->

Tabell 7.4 Sykefravær blant ansatte i pleie- og omsorgstjenesten som gir tjenester til hjemmeboende.

	Samlet sykefravær (%)	Andel legemeldt sykefravær (%)	Andel egenmeldt sykefravær (%)
Landet	11,7	10,4	1,4
Vest-Agder	9,6	7,6	2,0
Sogn og Fjordane	9,7	8,6	1,2
Rogaland	10,0	8,8	1,2
Aust-Agder	10,6	9,6	1,0
Oslo	11,0	9,5	1,5
Vestfold	11,2	9,8	1,4
Møre og Romsdal	11,4	10,3	1,2
Hordaland	11,5	10,4	1,2
Oppland	11,8	10,5	1,3
Akershus	11,9	10,6	1,3
Hedmark	12,1	10,5	1,6
Telemark	12,4	11,0	1,4
Nordland	12,5	11,0	1,5
Buskerud	12,6	11,4	1,2
Finnmark	12,6	11,1	1,5
Nord-Trøndelag	12,8	11,4	1,4
Sør-Trøndelag	12,9	11,5	1,4
Østfold	13,2	11,8	1,4
Troms	13,3	11,6	1,7

Kilde: helsenor.no

infeksjon er relativt lik for de ulike gruppene. Hemiprotese ligger jevnt noe høyere enn de andre kirurgiske inngrepene. Det har vært en økning i forekomsten av totalprotese og hemiprotese i 2015.

Pasientskader

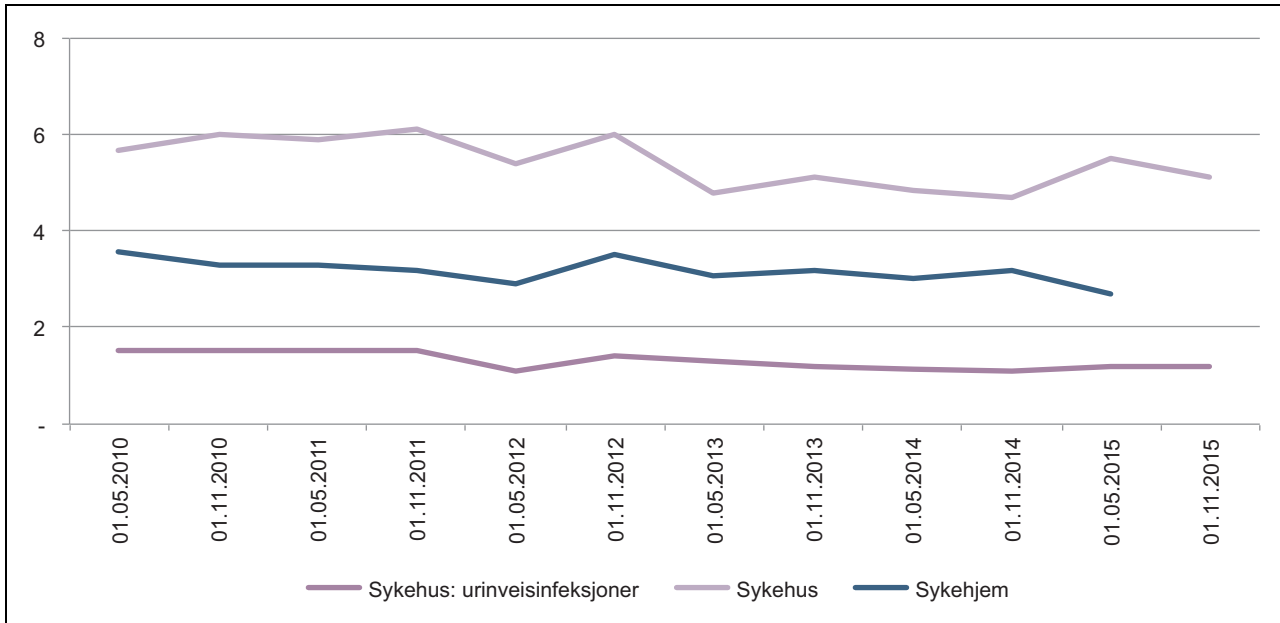
Alle helseforetak måler pasientskader med samme, standardiserte metode. For å vite hvor mange pasienter som skades, undersøker alle helseforetak i Norge et utvalg pasientjournaler for å avdekke pasientskader. Hensikten er at ledere i helseforetakene skal kunne følge forekomst av pasientskader i virksomheten over tid og iverksette tiltak på risikoområder. En gang i året estimeres nasjonale tall. Målet er at andel pasientskader skal reduseres med 25 prosent fra 2012 til utgangen av 2018,

målt ved metoden Global Trigger Tool (GTT). Målingene som er gjort i perioden 2010–2015 viser at andel pasientskader gikk ned i perioden 2010–2012, men har vært stabil siden 2012. I 2015 var andel pasientskader 13,7 prosent. Dette er likt som i 2012, se tabell 7.5.

Pasientsikkerhetskultur

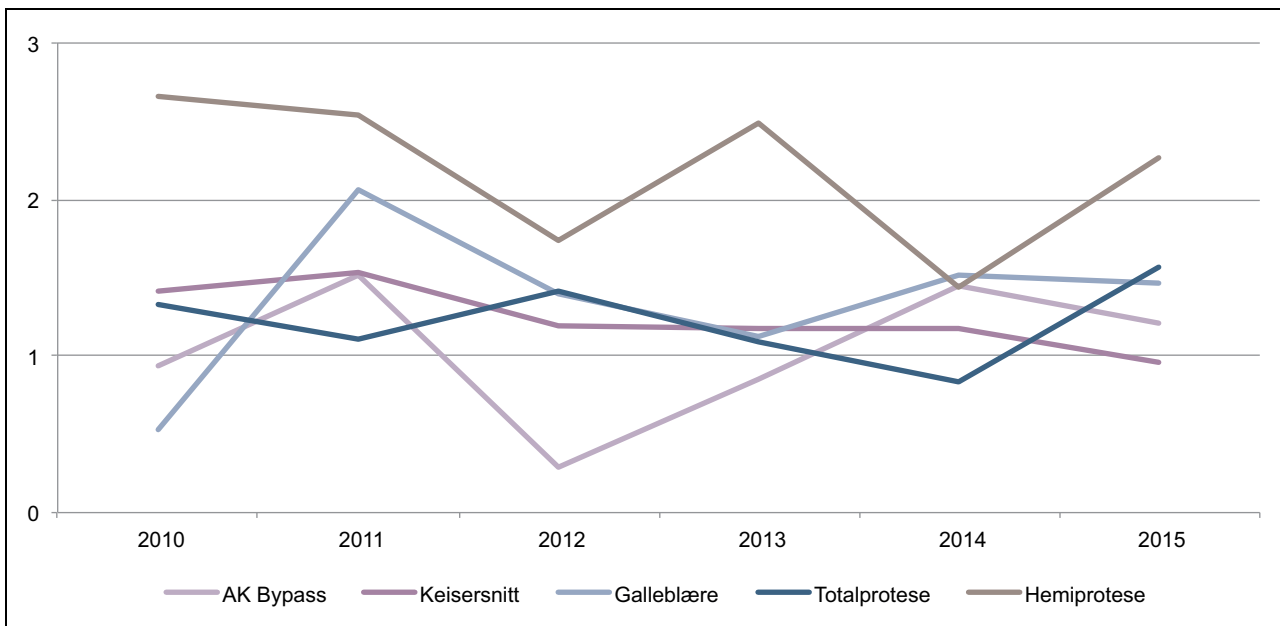
I 2012 og 2014 ble pasientsikkerhetskulturen kartlagt i alle behandlingenheter i spesialisthelsetjenesten. Pasientsikkerhetsprogrammets målsetting er at svarandelen på undersøkelsen ved hvert helseforetak skal være minst 70 prosent og at minst 80 prosent av respondentene i alle enheter rapporterer om et godt pasientsikkerhetsklima.

I 2012 var svarprosenten 65 prosent, mens den var 62 prosent i 2014. Resultatene fra 2014 viser at



Figur 7.8 Prevalensundersøkelser for infeksjon i norske sykehus og sykehjem. Prosent.

Kilde: Folkehelseinstituttet



Figur 7.9 Forekomst av infeksjon etter kirurgiske inngrep. 2010–2015.

Kilde: helsenorge.no

Tabell 7.5 Andel pasientopphold med minst en pasientskade.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Alle skader	15,9	16,1	13,7	13	13,9	13,7
Alvorligere skader	8,9	8,8	7,7	7,6	8,2	8,5

Kilde: Pasientsikkerhetsprogrammet

56 prosent av de kartlagte behandlingseenhetene hadde modent sikkerhetsklima, mens 63 prosent av alle behandlingseenhetene hadde modent teamarbeidsklima. Sikkerhetsklima handler om hvor lett medarbeiderne synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted. Teamarbeidsklima handler om i hvilken grad de ansatte føler de får støtte fra sitt team til å prioritere trygg pasientbehandling. Det viktigste formålet med undersøkelsen er økt lokal oppmerksomhet på pasientsikkerhetskultur og lokalt forbedringsarbeid i den enkelte enhet basert på resultatene.

Pasienterfaringer ved somatiske sykehus

Folkehelseinstituttet, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomfører årlig en nasjonal undersøkelse blant pasienter som har hatt opphold ved sengeposter på norske somatiske sykehus. Resultatene for denne kvalitetsindikatoren gir sykehusene relevant informasjon til kvalitetsforbedringsprosesser. På flere områder har det vært en positiv utvikling i pasienterfaringer med sykehusene over tid, jf. figur 7.10. De områdene der det har vært størst forbedring er informasjon, pleiepersonellet, legene og organisering. Som tidligere år rapporterte pasienter i 2015 best erfaringer med indikatorene ivaretagelse av pårørende, pleiepersonellet og legene. Undersøkelsen viser at det er forbedringspotensial i norske sykehus sett fra pasientenes perspektiv, spesielt når det gjelder utskrivning, samhandling, ventetid og organisering av sykehusets arbeid. Dette er de samme

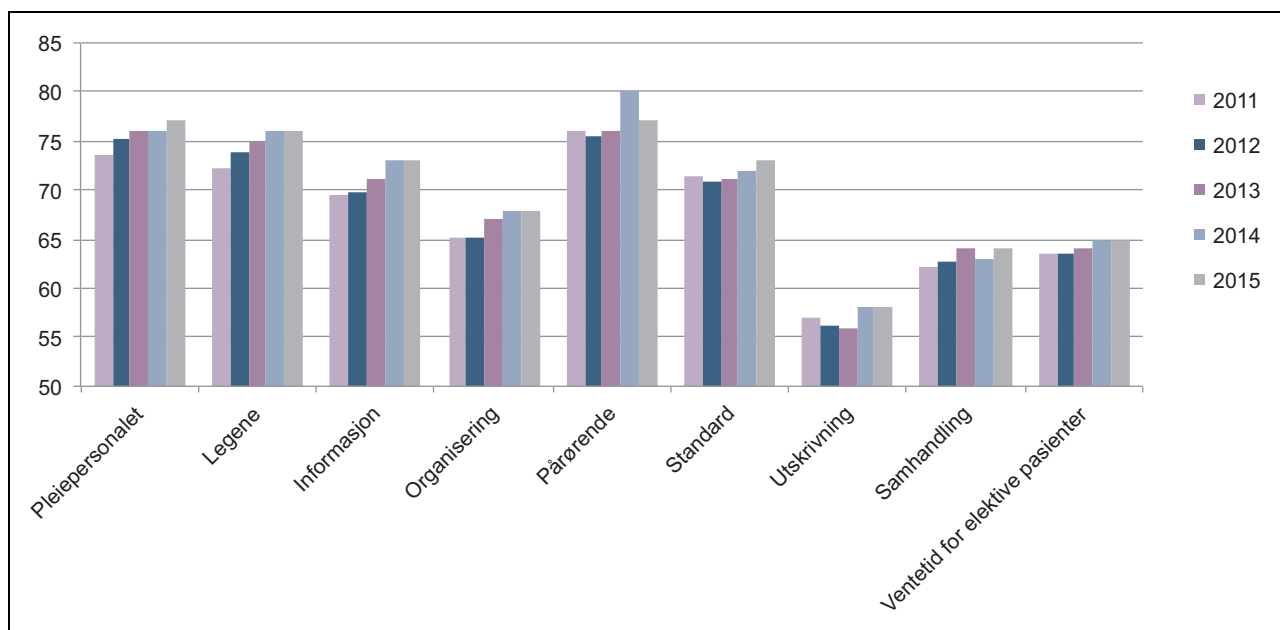
områdene som i tidligere undersøkelser. Det er fortsatt betydelig variasjon i pasienterfaringer mellom sykehusene.

Overlevelse

Sannsynlighet for at en pasient har overlevd etter 30 dager etter sykehusinnleggelse kan avhenge av flere faktorer, ikke bare kvaliteten på den medisinske behandlingen. Slike faktorer kan for eksempel være organisatoriske forhold, kodepraksis og datakvalitet. Dette er en indikator som fortrinnsvis må følges over tid. Det er flere eksempler på at denne typen målinger har resultert i konkrete forbedringstiltak for å ivareta pasientsikkerhet, hvor man i ettertid har kunnet vise gode resultater. Figur 7.11 viser sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter sykehusinnleggelse uansett årsak til innleggelse, på nasjonalt nivå. Nasjonale resultater viser 95 prosent sannsynlighet for overlevelse ved innleggelse på sykehus. Dette er tilsvarende som i 2014.

7.3 Variasjon i målt kvalitet

Kunnskap om årsaker til variasjon for de nasjonale kvalitetsindikatorne er viktig for å kunne tolke resultatene og for å kunne bruke disse i kvalitetsforbedringsarbeidet. Nasjonale kvalitetsindikatorer har gått gjennom en kvalitetssikringsprosess slik at indikatorene er relevante for måling av god kvalitet og for å sikre best mulig datakvalitet.



Figur 7.10 Utvikling over tid for de ulike temaene for brukerundersøkelsen.

For spesialisthelsetjenesten kan de fleste indikatorene sammenligne behandlingssteder, helseforetak og regionale helseforetak. For den kommunale helse- og omsorgstjenesten måles det på fylkes- og kommunenivå. De nasjonale kvalitetsindikatorerne kan brukes til å se på endringer over tid, spredning i resultater mellom ulike enheter og avvik fra mål.

For enkelte nasjonale kvalitetsindikatorer er det fastsatt mål, for eksempel basert på nasjonale faglige retningslinjer eller krav i lovverket. Dermed kan avvik fra måloppnåelse registreres. Der det er spesifiserte mål knyttet til kvalitetsresultater er det lite ønskelig med stor variasjon i måloppnåelse mellom geografiske enheter.

For mange av indikatorene er det derimot ikke klare definisjoner for hva som er rett nivå for måloppfyllelse. Regionale helseforetak og behandlingenheter, kommuner og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, bør derfor gjøre seg kjent med sine resultater. Videre bør de analysere årsaker dersom deres virksomhet avviker fra andre enheter det er naturlig å sammenligne seg med, eller fra et ønsket mål eller nivå. Faktorer som datakvalitet, registreringsrutiner, praksisforskjeller samt mangelfullt datagrunnlag kan i noen tilfeller forklare noe av variasjonen i resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer, slik at det må tas forbehold ved tolkning av resultatene. For et helseforetak eller kommune, kan det også være grunn til å tolke sterke avvik fra et landsgjennomsnitt eller fra andre enheter, som uønsket variasjon og tegn på lav kvalitet.

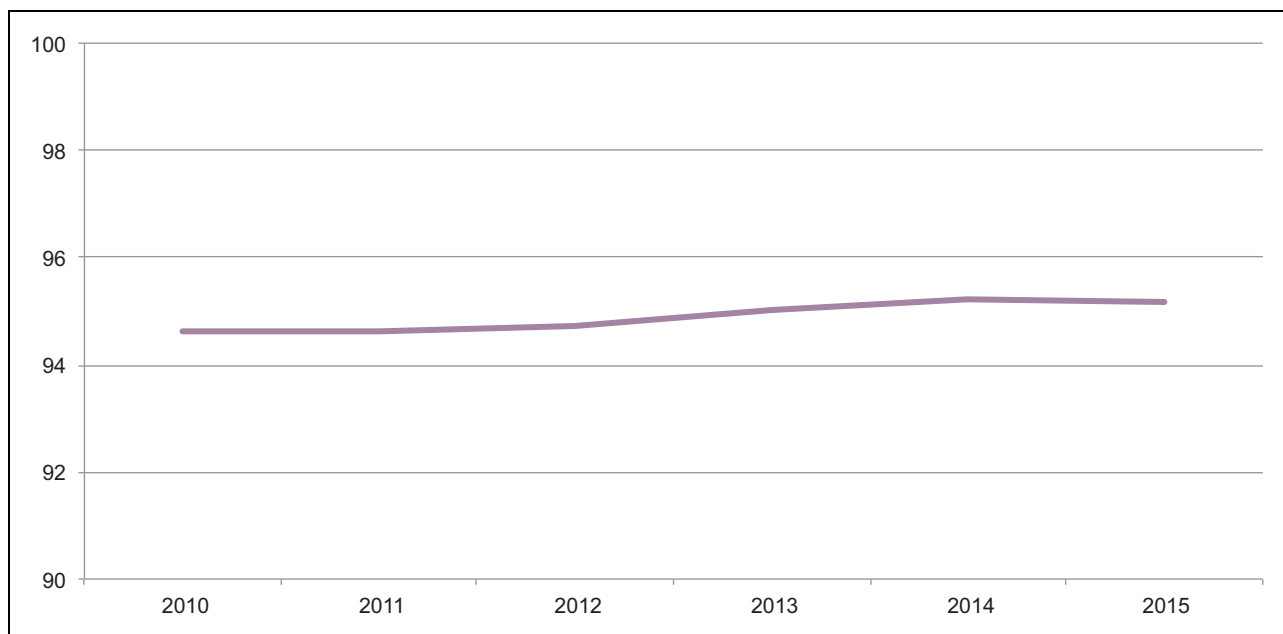
Nedenfor følger eksempler på resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer der det er fastsatt mål (akuttmedisinske tjenester og pakkeforløp kreft), men også et eksempel der det ikke er fastsatt mål og der det er variasjon i resultater (reinnleggelse av eldre).

7.3.1 Akuttmedisinske tjenester

For akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus er det satt et krav i akuttmedisinforskriften til svartid på medisinsk nødnummer 113, hvor 90 prosent av henvendelsene skal være besvart innen 10 sekunder. I tillegg er det etablert veiledende responstider for tid fra 113-oppringning til ambulanse er på hendelsesstedet i akutte situasjoner, hvor målet er 12 minutter i tettbygde strøk⁵ og 25 minutter i grisgrendte strøk.

Resultater for tredje tertial 2015 viser at Helse Midt-Norge RHF og Helse Sør-Øst RHF oppfyller kravet om å besvare 90 prosent av anropene til medisinsk nødnummer 113 innen 10 sekunder, mens Helse Vest RHF ligger tett opptil 90 prosentkravet. Helse Nord RHF ligger lavere enn kravet og lavere sammenlignet med de andre helseforetakene. Det er forventet at resultatene for Helse Nord RHF blir bedre etter hvert som flere AMK-sentraler tar i bruk det nye nødnettet.

⁵ En kommune klassifiseres som tettbygd dersom hele eller deler av kommunens areal tilhører et tettsted med mer enn 10 000 innbyggere.



Figur 7.11 Prosentandel overlevelse 30 dager etter sykehusinnleggelse.

Kilde: Folkehelseinstituttet

Figur 7.12 og 7.13 viser andelen akutte hendelser hvor ambulansen er fremme innen henholdsvis 12 minutter i tettbygde strøk og 25 minutter i grisgrendte strøk. I mange tilfeller når ikke ambulansen frem i forhold til de veiledende responstidene. Enkelte fylker skiller seg ut med lavere andel hendelser hvor ambulansen er fremme innenfor de veiledende kravene. Variasjonene er størst mellom tettbygde strøk med en differanse på 27 prosentpoeng mellom fylket der størst andel ambulanser er fremme innen 12 minutter og lavest andel ambulanser er fremme innen 12 minutter. I grisgrendte strøk er forskjellene mindre, med en differanse på 12 prosentpoeng. Fordi posisjonsdata for en hendelse ikke blir rapportert, er hendelser i tettbygde strøk definert som hendelser som har funnet sted i en kommune som er tilknyttet et tettsted med 10 000 innbyggere eller flere. Denne måten å definere tettbygde strøk på kan slå uheldig ut for enkelte kommuner, og resultatene bør derfor tolkes med noe varsomhet.

7.3.2 Pakkeforløp for kreft

Pakkeforløp for kreft ble implementert i 2015 gjennom tre faser. De kreftformene som har størst volum som brystkreft, prostatakreft, tykk- og endetarmskreft og lungekreft ble implementert fra 1.1.2015, de 10 neste pakkeforløpene ble implementert fra 1.5.2015 og de siste 14 fra 1.9.2015.

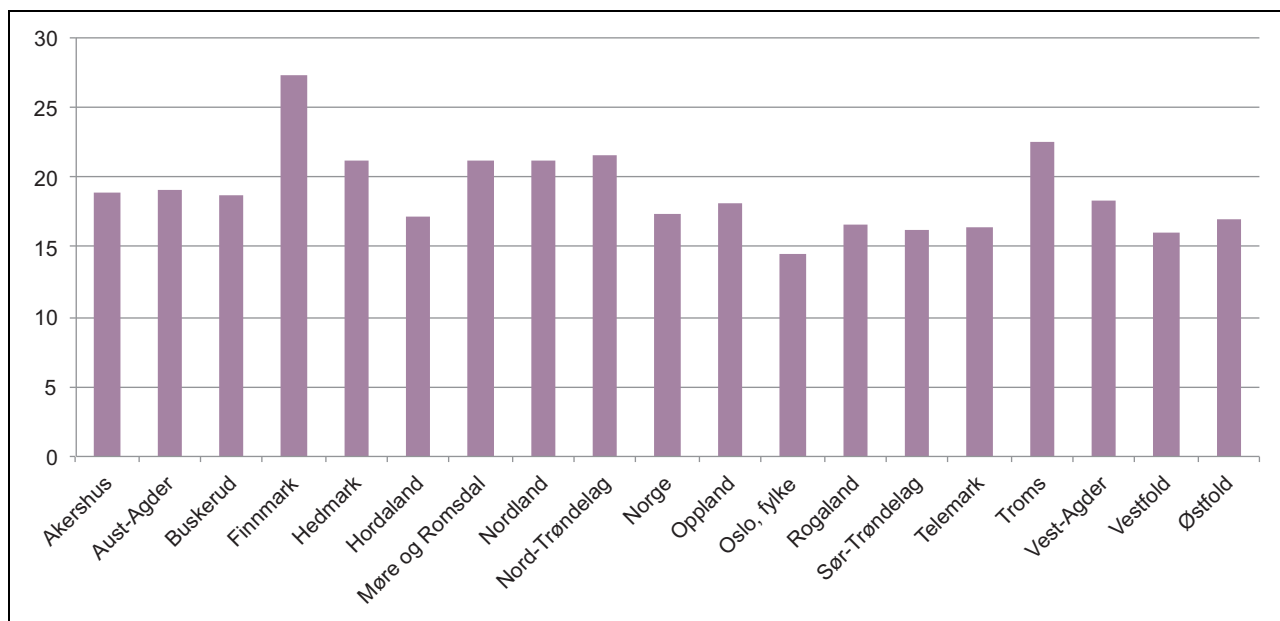
Data-kildene er Norsk pasientregister. Implementeringen er ny, og det må påregnes noe tid for

å få tilstrekkelig datakvalitet. Resultatene må derfor tolkes med varsomhet.

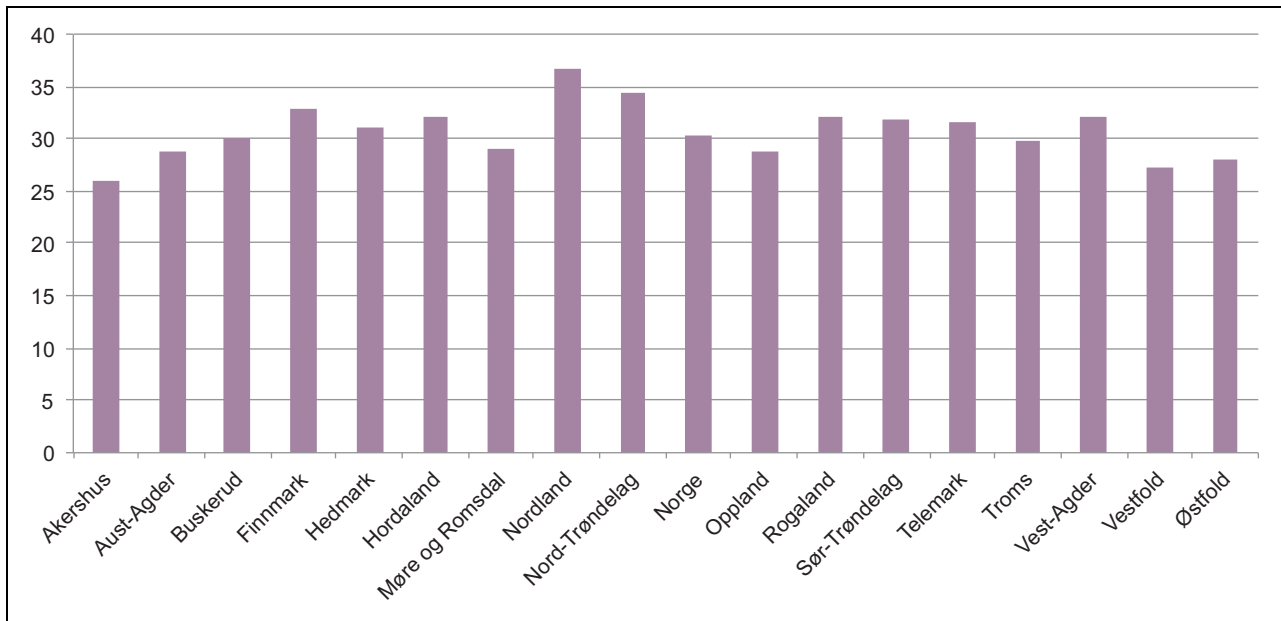
Basert på tilgjengelige data må måloppnåelsen for pakkeforløp kreft vurderes til å være god i implementeringsåret. Målet om at 70 prosent av alle nye kreftpasienter skal plasseres inn i et pakkeforløp er nådd på nasjonalt nivå. Målet om at 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid er nådd for fem av de 14 pakkeforløpene på nasjonalt nivå. Fem andre pakkeforløp ligger mellom 60 og 70 prosent. Tabell 7.6 viser at 79,5 prosent av alle nye kreftpasienter ble inkludert i et pakkeforløp tredje tertial, 2015.

Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid

Det er en målsetning at 70 prosent av pakkeforløpene skal være gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid. Tabell 7.7 viser andel gjennomførte pakkeforløp kreft innen maksimal anbefalt forløpstid. De fleste kreftformer ligger over eller tett opptil målet om 70 prosent gjennomføring innen maksimal anbefalt forløpstid. Blårekreft er det pakkeforløpet der størst andel (85,5 prosent) av pakkeforløp gjennomføres innen maksimal anbefalt forløpstid. Prostatakreft (43,9 prosent) og livmorhalskreft (44,6 prosent) er pakkeforløpene hvor lavest andel gjennomføres innen maksimal anbefalt forløpstid. Figur 7.14 viser en oversikt på



Figur 7.12 Tid fra 113-oppringning til ambulanse er på plass på hendelsessted, 90-prosentil. Tettbygde strøk (12 min). 3. tertial, 2015.



Figur 7.13 Tid fra 113-oppringning til ambulanse er på plass på hendelsessted, 90-prosentil. Grisgrendte strøk (25 min). 3. tertial, 2015.

Kilde: helsenorge.no

helseforetaksnivå over andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid.

7.3.3 Reinnleggelser av eldre

Om lag 15 prosent av alle eldre blir akutt reinnlagt på sykehus innen 30 dager etter utskrivning. Reinnleggelse av eldre er en nasjonal kvalitetsindikator og defineres som en akutt innleggelse av pasienter som er 67 år og eldre innen 30 dager etter utskrivning fra et primæropphold i sykehus. Indikatoren kan si noe om kvaliteten både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, sykehusbehandlingen og samhandlingen mellom nivåene. Hva som er rett nivå for antall reinnleggelser på nasjonal basis, er usikkert.

Variasjonen i forekomst av reinnleggelser er betydelig i ulike geografiske områder. Analyser foretatt av Folkehelseinstituttet (2016) av data fra

2015 viste at forekomsten av reinnleggelser varierte betydelig mellom kommuner fra 8,8 prosent til 21,6 prosent sannsynlighet for reinnleggelse. Reinnleggelses-sannsynlighet for sykehus varierte fra 11,1 til 18,8 prosent i 2015. Folkehelseinstituttets analyser på fylkesnivå viste at sannsynligheten for reinnleggelse var lavest i Finnmark og Troms, og høyest i Oslo, Rogaland og Sør-Trøndelag. Analysene på KOSTRA-gruppenivå viste at sannsynligheten for reinnleggelse var signifikant høyere enn referanseverdien i storbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Sannsynlighet for reinnleggelse avhenger i stor grad av hvilken diagnosegruppe pasienten tilhører. I perioden 2013–2015 var det prosentvis flest reinnleggelser etter primærinleggelse for astma/KOLS (27,5 prosent). Dernest er det prosentvis mange reinnleggelser for pasienter med hjertesvikt og lungebetennelse, mens pasienter

Tabell 7.6 Andel nye kreftpasienter i Pakkeforløp (lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft). 3. tertial, 2015.

	Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp (%)	Antall nye kreftpasienter i pakkeforløp	Antall nye kreftpasienter
Nye kreftpasienter i 4 spesifikke kreftformer innført 01.01.2015 ¹	79,5	3411	4291

¹ lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft. For de fire første pakkeforløpene som ble innført 1. januar 2015 viser resultatene fra tredje tertial 2015 at måloppnåelsen varierer både mellom helseforetak innen den enkelte region, og mellom regionene.

Kilde: helsenorge.no

Tabell 7.7 Andel gjennomførte Pakkeforløp kreft innen maksimal anbefalt forløpstid. 3. tertial, 2015.

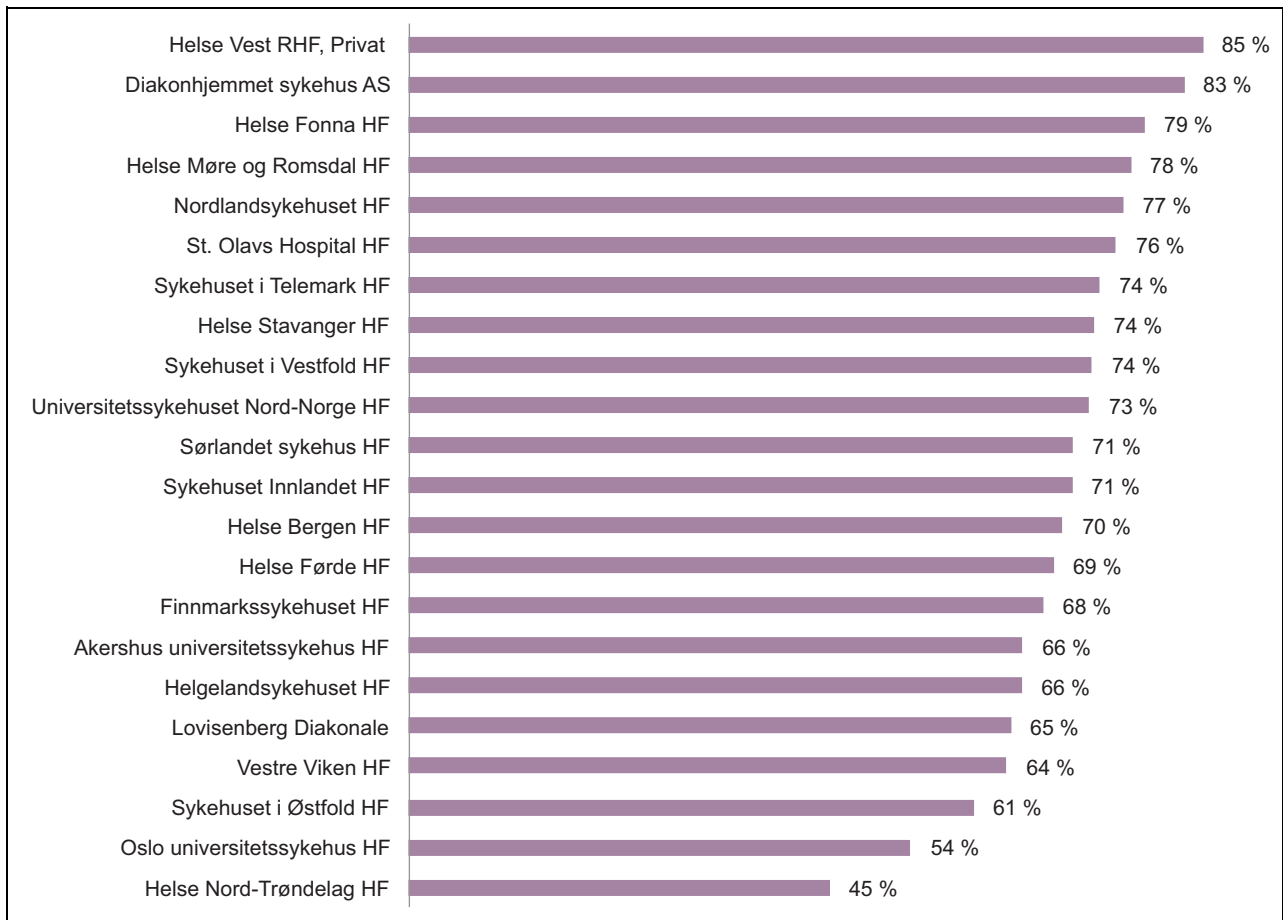
Pakkeforløp kreft (3. tertial 2015)	Andel gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid (%)	Antall gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid	Antall avsluttede Pakkeforløp
Kreft (lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft)	68,5	1798	2625
Brystkreft (fase 1)	77,2	942	1220
Tykk- og endetarmskreft (fase 1)	79,0	898	1137
Lungekreft (fase 1)	66,9	402	601
Prostatakreft (fase 1)	43,9	383	873
Blærekreft (fase 2)	85,5	265	310
Kreft i spiserør og magesekk (fase 2)	78,8	78	99
Hode-halskreft (fase 2)	72,5	157	217
Testikkelkreft (fase 2)	69,7	76	109
Livmorkreft (fase 2)	68,9	111	161
Eggstokkreft (fase 2)	68,5	122	178
Nyrekreft (fase 2)	66,7	110	165
Lymfom (fase 2)	60,0	135	225
Livmorhalskreft (fase 2)	44,6	37	83

Kilde: helsenorge.no

med hjerneslag og brudd har lavest forekomst av reinnleggelser – 10,0 prosent for brudd. Det er til dels store variasjoner mellom sykehusene innen de enkelte diagnosegruppene. For eksempel varierer sykehusenes rater for reinnleggelse for astma/KOLS-pasienter fra 8,3 til 36,6 prosent av alle primæropphold i sykehus.

Folkehelseinstituttet har pekt på at faktorer som geografiske forskjeller, kommunestørrelse og avstand til nærmeste sykehus kan ha betydning for hvorvidt pasienter oftere legges inn og reinnlegges i spesialisthelsetjenesten. Sannsynlighet for reinnleggelse kan også ha sammenheng med kvaliteten på tjenestene, organisering av og samhandling mellom disse. Med økende alder

øker risikoen for kroniske lidelser, og mange eldre har en eller flere kroniske tilstander. Enkelte eldre pasienter er derfor spesielt sårbare og utsatt for reinnleggelse. For noen pasienter vil derfor en reinnleggelse være uunngåelig og et tegn på god behandling. For andre pasienter kunne en reinnleggelse ha vært unngått. Akutte reinnleggelser kan være en belastning for både pasienten, pårørende og helsetjenesten. Man bør være varsom med å trekke bastante slutninger uten å analysere resultatene og forholdene på det enkelte behandlingsstedet nærmere. Ifølge Folkehelseinstituttet er en mulig oppfølging å undersøke nærmere samhandlingen mellom sykehus og kommuner som har høy sannsynlighet for reinnleggelse.



Figur 7.14 Andel pakkeforløp gjennomført innen maksimal anbefalt forløpstid.

Kilde: helsenorge.no

8 Uønsket variasjon i forbruk

Det ble i Meld. St. 12 (2015–2016) Kvalitet og pasientsikkerhet 2014 varslet at meldingen for 2015 skulle gi en nærmere omtale av variasjon. Bakgrunnen for dette er økt internasjonal og nasjonal oppmerksomhet omkring variasjon i helsetjenesten. Stor variasjon kan være uttrykk for uønsket variasjon og kan utfordre målet om at befolkningen skal ha likeverdig tilgang til gode og trygge helse- og omsorgstjenester uavhengig av bosted og sosial situasjon. De nasjonale kvalitetsindikatorerne og variasjon i disse er omtalt i kapittel 7.

Dette kapitlet tar utgangspunkt i uønsket variasjon i forbruk. Den norske versjonen av helseatlas ble lansert i 2015 av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF. Helseatlas er et verktøy som ble utviklet i USA for mer enn 20 år siden og er siden spredt internasjonalt. Den norske versjonen av helseatlas er et verktøy for å sammenligne forbruket av helsetjenester i forskjellige geografiske områder. Atlaset viser hvilket forbruk av helsetjenester befolkningen i et geografisk område har, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles. De to helseatlasrapportene som ble publisert i 2015 så på variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor dagkirurgi og barnehelse for utvalgte diagnosegrupper. Begge rapportene avdekket stor geografisk variasjon og gir grunn til å reise spørsmål ved om det er likeverdige helsetilbud i Norge på disse områdene, og om dette påvirker kvalitet og pasientsikkerhet.

Å analysere geografisk variasjon i forbruk er ikke noe nytt som kom med helseatlas. De årlige Samdata-rapportene for spesialisthelsetjenesten og den årlige samhandlingsstatistikken fra Helse direktoratet, belyser også variasjon i bruk av helsetjenester. Kapitlet gir også en kort omtale av variasjon i forbruk fra andre kilder enn helseatlas.

Mens Samdata vektlegger variasjon i liggetid, effektivitet og kapasitetsutnyttelse i spesialisthelsetjenesten på fagområder, presenterer helseatlas geografisk variasjon i forbruk på diagnosenivå. Formålet med helseatlas er, ifølge SKDE, å bidra til å skape likeverdige tjenester av god kvalitet.

Noe variasjon er både naturlig og ønskelig og kan ha mange årsaker. Variasjon er for eksempel en forutsetning for utprøving og evaluering av ulike tilnæringsmåter for å vinne ny kunnskap. I den grad det foreligger stor variasjon i forbruk som ikke kan forklares med forskjeller i befolkningens sykkelighet og/eller preferanser, må en stille spørsmål ved om denne variasjonen er uttrykk for uønsket variasjon.

Internasjonal forskning har i flere år rettet oppmerksomheten mot at betydelige drivkrefter både på tilbuds- og etterspørselssiden driver fram unødvendig og uønsket ressursbruk i helsetjenestene. Internasjonalt er det stor oppmerksomhet rettet mot overbehandling og unødvendig undersøkelse, diagnostikk og behandling av pasienter.

Variasjon i forbruk av helsetjenester kan være uttrykk for både underbehandling og overbehandling. Underbehandling er alvorlig ved at noen ikke får den helsehjelpen de burde ha. Overbehandling er alvorlig både fordi det utsetter pasientene for unødig risiko og fordi det representerer sløsing med ressursene. En kartlegging av variasjon i forbruk er også viktig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv for å påse at pasientgrupper med liten effekt av en behandling eller inngrep ikke utsettes for unødvendig risiko. Samtidig vil variasjon som skyldes underdiagnostikk og underbehandling innebære et dårligere behandlingsresultat eller funksjonsnivå enn hva man ellers kunne oppnådd.

For de fleste områder foreligger det lite kunnskap om hva som er «riktig» omfang og nivå av helsetjenester. Variasjon i forbruk av helsetjenester sier heller ikke noe om resultat og kvalitet på den behandlingen eller omsorgen som gis den enkelte pasient. Når studier av forbruk viser stor variasjon, er det derfor grunn til å foreta ytterligere analyser og forskning for å kunne konkludere om denne variasjonen er uønsket eller ikke, og om det er uttrykk for overbehandling eller underbehandling.

Det kan være mange årsaker til variasjon i bruk av helsetjenester. En del variasjon kan være tilfeldig og ikke uttrykk for systematiske forskjeller. Variasjon kan også bunne i ulik pasientpopula-

sjon som alder, kjønn og forskjeller i sykkelighet og andre forhold som man derfor må korrigere for i studier av variasjon. Det er lett å tolke at stor variasjon i tilbudet eller i bruken av helse- og omsorgstjenester er uheldig og vitner om for store forskjeller i tilgang til tjenester. På den annen side er liten variasjon ingen garanti mot under- eller overbehandling. Slike tolkningsvansker bidrar til at det kan være vanskelig å konkludere om variasjonsbredden i den enkelte tjeneste er uønsket eller ikke.

Ved veldefinerte sykdommer og tilstander der det foreligger godt dokumenterte effektive behandlingsmåter, bør variasjon i forbruk være liten når det korrigeres for sykkelighet i befolkningen. Ved mindre veldefinerte sykdommer og tilstander og/eller der kunnskapsgrunnlaget for ulike behandlingsmåter er svakere, vil trolig variasjonen være større. Påvist variasjon må være gjenstand for en konkret vurdering før man kan si noe om dette er akseptabelt eller ikke. For å vurdere over- eller underforbruk av en tjeneste, er det nødvendig med forskningsbaserte faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere som sier noe om hvilken diagnostikk, behandling eller omsorg som skal ytes for hvilke indikasjoner. Dette er faglige spørsmål som fordrer involvering av fagmiljø, forskning på og kunnskap om sammenhengen mellom forbruk, kvalitet og pasientsikkerhet.

8.1 Helseatlas

Helseatlas er utviklet i Helse Nord RHF v/Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Helseatlas.no er en nettbasert karttjeneste som består av et interaktivt Norgeskart med tilhørende faktaark for hvert enkelt fagområde som belyses. I tillegg er det en rapport som redegjør for metode og mer inngående beskrivelse av hver tilstand og hvert inngrep.

Hittil er helseatlas.no utviklet innen to områder – dagkirurgi og helsetjenester til barn. Informasjonen framstilles som kjønns- og aldersjusterte forbruksrater per tjeneste (antall utførte inngrep per 100 000 innbyggere) for befolkningen i boområdene til landets helseforetak. Boområde defineres som det geografiske området som inngår i det enkelte helseforetaks opptaksområde. Helseatlas viser ulike aspekter ved behandlingen, eksempelvis om behandlingen er utført i offentlige sykehus eller av privat behandler med avtale om offentlig finansiering.

8.1.1 Variasjon i forbruk av dagkirurgi

Helseatlas for dagkirurgi med tilhørende rapport ble lansert i januar 2015. I rapporten analyseres 12 kirurgiske inngrep som vanligvis blir utført som dagbehandling, det vil si uten innleggelse. Disse inngrepene utgjør i volum om lag halvparten av dagkirurgien. Analysene er basert på data fra Norsk pasientregister (NPR) i perioden 2011–2013.

Tabell 8.1 viser variasjon i forbruk av ulike dagkirurgiske inngrep mellom boområder, og forholdet mellom høyest og lavest rate. Analysene av de 12 dagkirurgiske inngrepene viser at forbruket varierer til dels svært mye mellom befolkningene i boområdene. For 9 av 12 inngrep har områdene med høyest forbruk over dobbelt så høy rate som områdene med lavest forbruk. Uten kjent variasjon i sykkelighet må en slik variasjon ifølge rapporten vurderes som uforklarlig og dermed som et uttrykk for at disse inngrepene ikke er likeverdig fordelt i befolkningen. Rapporten konkluderer med at variasjonen derfor må kunne kalles uønsket. For meniskoperasjoner er forholdstallet hele 4,13, mens for lyskebrokkoperasjoner som er svært likeverdig fordelt, er forholdstallet 1,24.

Rapporten påpeker at en av hovedårsakene til at forbruket av helsetjenester varierer mellom befolkningsområder, kan tilskrives variasjoner i praksis mellom fagfolk. En viktig adressat for å arbeide videre med påvist uønsket variasjon vil derfor være de aktuelle fagmiljøene. For de fleste av de dagkirurgiske inngrepene er det ikke utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer, men flere har klare kriterier i prioriteringsveilederne for hvilken alvorlighetsgrad som skal gi rett til behandling.

8.1.2 Variasjon i forbruk av helsetjenester hos barn

Barnehelseatlas med tilhørende rapport ble utgitt i september 2015. Rapporten er utarbeidet av SKDE i samarbeid med Norsk barnelegeforening. Fagmiljøet har hatt en sentral rolle i utformingen av rapporten. Rapporten omhandler alle offentlig finansierte somatiske helsetjenester for barn (0–16 år) i Norge i perioden 2011–2014. Barne- og ungdomspsykiatri er ikke inkludert. Rapporten inkluderer alle konsultasjoner hos fastlege og legevakt og alle konsultasjoner og innleggelse i spesialisthelsetjenesten for årene 2011 til 2014. Hoveddiagnoser knyttet til svangerskap, fødsel og barsel er utelatt.

Resultatene fra analysene viser ifølge rapporten et betydelig omfang og overraskende geo-

Tabell 8.1 Forbruk av ulike dagkirurgiske inngrep mellom boområder.

Inngrep	Høyest rate	Lavest	Forholdstall høy/lav
Meniskoperasjon	Møre og Romsdal (491)	Stavanger (119)	4,13
Skulderkirurgi (Acromionreseksjon)	Møre og Romsdal (285)	Stavanger (74)	3,85
Hemoroideoperasjon	Innlandet (338)	Nord-Trøndelag (92)	3,67
Ventilasjonsrør i trommehinnen	Nord-Trøndelag (263)	Bergen (88)	2,99
Operasjon for tunge øyelokk	Nord-Trøndelag (245)	Førde (85)	2,88
Åreknuteoperasjon	Bergen (188)	Finnmark (75)	2,51
Fjerning av mandler	Finnmark (487)	St.Olavs (212)	2,30
Operasjon for hallux valgus og hammertå	Vestre Viken (138)	Bergen (62)	2,23
Operasjon for karpaltunnelsyndrom	Innlandet (179)	Bergen (87)	2,06
Utvalgt håndkirurgi	Møre og Romsdal (104)	Oslo (56)	1,86
Operasjon for grå stær	Stavanger (945)	Østfold (562)	1,68
Operasjon for lyskebrokk	Innlandet (138)	Helgelandssykehuset (111)	1,24

grafiske forskjeller i forbruk av helsetjenester gitt til verdens antatt friskeste barnebefolkning. Hvert tredje barn er årlig i kontakt med spesialisthelsetjenesten, mens 2/3 av alle barn har minst én konsultasjon i primærhelsetjenesten.

Primærhelsetjenesten

Hvert år foretas ca. 1,8 millioner konsultasjoner for barn 0–16 år hos fastleger og i legevaktjenesten. Dette gir en årlig forbruksrate på 168 000 konsultasjoner per 100 000 barn. Gjennomsnittlig har hvert barn årlig 1,7 konsultasjoner i primærhelsetjenesten. Rundt 17 prosent av konsultasjonene er legevaktkonsultasjoner.

I 2014 hadde 65 prosent av alle barn minst en konsultasjon i primærhelsetjenesten, hvilket innebærer at gjennomsnittlig antall konsultasjoner var 2,6 for barn som var i kontakt med primærhelsetjenesten dette året. Mange barn, i alt 60 prosent i aldersgruppen 0–16 år, hadde enten ingen eller én konsultasjon i løpet av 2014, mens 40 prosent hadde to eller flere konsultasjoner. Forbruket av fastlege og legevakt er høyest blant barn i aldersgruppen 0–2 år.

Innenfor primærhelsetjenesten er det totalt sett lite variasjon i forbruksratene mellom helseforetakenes opptaksområder. Barn i boområdene Akershus og Vestfold har høyest forbruk, mens barn i boområdene Bergen og Telemark har lavest forbruk. Forskjell i forbruksraten mellom lavest og høyest forbruk er 17–18 prosent. Selv om

variasjonen er liten, er det ifølge rapporten grunn til å diskutere om det totale forbruket står i forhold til sykdomsbelastningen i barnebefolkningen. Det pekes på at Norge i internasjonalt perspektiv har en frisk barnebefolkning og at mange konsultasjoner for barn antakelig gjelder vanlige sykdommer, som virus- og luftveisinfeksjoner, omgangssyke, lettere eksem, allergier og annet. Rapporten peker samtidig på at det er naturlig at særlig foreldre til små barn blir usikre når barnet får feber og er sykt og at krav fra barnehage og skole om legeundersøkelser bidrar til det høye forbruket. Primærlegeforbruket begrenses dessuten i liten grad av tilgjengelighet eller økonomi.

Spesialisthelsetjenesten

Det gjennomføres årlig 865 000 innleggelser, polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger hos 335 000 barn i alderen 0–16 år i somatisk spesialisthelsetjeneste, inkludert private avtalespesialister. En økende andel barn har kontakter både for kirurgiske og medisinske tilstander.

For alle kontakter med spesialisthelsetjenesten, inkludert private avtalespesialister er forbruksraten 40 prosent høyere i boområdet med høyest forbruk (Sørlandet) enn i boområdet med lavest forbruk (Stavanger). Går en nærmere inn på variasjon i innleggelser, finner en at barn fra boområde Vestfold innlegges nesten dobbelt så ofte som barn som sogner til boområde Oslo universitetssykehus.

Rapporten beskriver variasjonen som moderat, men sier samtidig at det er grunn til å spørre om denne variasjonen er berettiget. Rapporten påpeker at det er viktig at barn med behov for medisinsk behandling får denne raskt og uhindret. Når mer enn 30 prosent av barn i alderen 0–16 år har minst en kontakt med spesialisthelsetjenesten hvert år, er det ifølge rapporten grunn til å spørre seg om dette forbruket gjenspeiler den faktiske sykkeligheten. Rapporten stiller spørsmål ved om det foreligger overforbruk av spesialisthelsetjenester til barn. Et overforbruk kan medføre medikalisering av barns oppvekst, og for noen barn og foreldre etablering av en sykdomsidentitet som ikke harmonerer med barnets faktiske helsetilstand.

Rapporten analyserer variasjon knyttet til både poliklinikk/dagbehandling og innleggelser for henholdsvis alle medisinske og kirurgiske tilstander, samt 12 utvalgte diagnoser. For tilstandene epilepsi, bronkiolitt, virus- og luftveisinfeksjoner, omgangssyke, mage- og tarmsykdommer, sengevæting og urinveislekkasje anfører rapporten at det er grunn til å stille spørsmål ved om det foreligger uønsket variasjon.

Når det gjelder behandling av astma, har barn fra boområde Akershus nesten fire ganger så hyppig konsultasjon i spesialisthelsetjenesten (poliklinikk) som barn fra boområde Vestfold. Private avtalespesialister dekker 70–80 prosent av astmakonsultasjonene der forbruket av tjenester er høyest. Ifølge rapporten er det grunn til å tro at det foreligger uønsket variasjon som kan være uttrykk for forskjeller i pasienttilbud og i samhandling mellom sykehus, private spesialister og fastlegene om oppfølging av barn med astma. Med bakgrunn i den store variasjonen mener rapporten at man ikke kan utelukke at det foreligger både et overforbruk og et underforbruk av spesialisthelsetjenester til barn med astma.

Fjerning av mandler og innsetting av øredren er to andre områder med betydelig variasjon i forbruk. På begge disse områdene er det ingen kjent geografisk variasjon i forekomst av de bakenforliggende tilstandene. Rapporten antyder at den store variasjonen som avdekkes kan tolkes som et uttrykk for ulik medisinsk praksis hva gjelder både henvisning, vurdering og prioritering av pasienter med disse tilstandene. Noe tilfeldig variasjon vil også forekomme.

Barn med forstoppelse bosatt i boområdet Sørlandet legges inn 3,9 ganger hyppigere enn barn

bosatt i boområde Universitetssykehuset Nord-Norge. Når det gjelder poliklinisk behandling har barn bosatt i Nord-Trøndelag omtrent fire ganger så mange polikliniske konsultasjoner som barn bosatt i boområdet Fonna.

Det fremkommer i rapporten at det ikke er holdepunkt for at det er store geografiske forskjeller i den samlede sykkelighet i barnebefolkningen: *«De systematiske variasjonene i bruk av tjenester som fremkommer i vår analyse kan derfor vanskelig forklares med annet enn at det er store forskjeller i hva som oppfattes som å skulle trenge helsehjelp. Disse forskjellene har ikke en åpenbar medisinskfaglig forklaring og skyldes mest sannsynlig praksisprofil, lokal tradisjon og kapasitet. En ikke uvanlig oppfatning er at innleggelse av barn i sykehus er en kompensasjon for eller resultat av lange reiseavstander. Et slikt mønster kommer ikke fram i vår analyse».*

Samtidig mener de det er grunn til å spørre om et høyt forbruk av helsetjenester til i utgangspunktet «friske» barn med normale sykdommer for barnealderen går på bekostning av grupper med kroniske eller livstruende tilstander.

Både det betydelige omfanget av variasjonen og et mulig overforbruk av helsetjenester, gir ifølge rapporten grunn til å reise spørsmål om det foreligger et likeverdig helsetilbud til barn og om dette påvirker kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig påpekes det at det for de fleste områder foreligger lite kunnskap om hva som er «riktig» omfang og nivå av helsetjenester. Nyfødtd medisinsk atlas som kommer innen utgangen av 2016 vil derfor undersøke variasjon i omfang og kvalitet i behandling av nyfødte innlagt i nyfødtavdeling.

Barnemedisin er et fag som har nasjonale behandlingsveiledere og retningslinjer for de fleste vanlige sykdommer utviklet av fagmiljøet selv. Den påviste geografiske variasjonen tyder ifølge rapporten på at disse faglige retningslinjene ikke er presise nok, særlig på indikasjon og at de brukes forskjellig på ulike sykehus.

I rapporten understrekes det at kartleggingen av variasjon og forbruk i helsetjenesten bør motiveres av muligheten til å prioritere de riktige pasientene og redusere risiko for unødvendige skader og komplikasjoner, ikke økonomisk innsparring. Det påpekes at fagmiljøet har en viktig jobb å gjøre med oppfølging av resultatene i rapporten.

8.2 Øvrige kilder som sier noe om variasjon i forbruk

Det finnes flere andre verktøy og analyser av data som belyser variasjon i forbruk av helsetjenester.

8.2.1 Variasjon i Samdata-rapporter og samhandlingsstatistikk

Hvert år utgir Helsedirektoratet Samdata-rapporter som er årlige rapporter om utviklingen i ressursinnsats i spesialisthelsetjenesten, bruk av tjenestene og utnytting av ressursene for både somatisk behandling, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I Samdata for spesialisthelsetjenesten 2015 er det lagt mer vekt enn tidligere på å vise nivå og utvikling i forskjeller mellom områder og enheter. I rapportene presenteres utviklingstrekkene primært på nasjonalt og regionalt nivå, men variasjon på lavere nivå forekommer på enkelte områder.

Et eksempel på variasjon i Samdata er utviklingen av forbruk ved offentlige institusjoner og hos avtalespesialister innen psykisk helsevern for barn og unge. Utviklingen viser at pasienter bosatt i Helse Nord RHF i hele femårsperioden hadde høyere forbruk enn de øvrige regionene, mens pasienter fra Helse Vest RHF hadde lavest forbruk. Forskjellene mellom regionene er imidlertid blitt mindre i løpet av perioden, noe som primært skyldes økt forbruk i Helse Vest RHF og nedgang i Helse Nord RHF.

Et annet eksempel fra Samdata er til dels store regionale variasjoner i nivået av dag- og poliklinisk rehabilitering. Helse Nord RHF er regionen som har lavest aktivitet med i underkant av 13 dagopphold og konsultasjoner per 1000 innbyggere, mens Helse Midt-Norge RHF har høyest forbruk med 51 dagopphold og konsultasjoner per 1000 innbyggere. Den lave aktiviteten i Helse Nord RHF gjenspeiler ifølge rapporten at regionen har store reiseavstander og at rehabiliteringstilbudet i større grad er rettet mot døgnrehabilitering.

Helsedirektoratet har siden 2010 årlig utgitt samhandlingsstatistikk. Formålet med samhandlingsstatistikken er å utvikle en samlet og oversiktlig statistikk på kostnader, tjenester og pasientgrupper, slik at helse- og omsorgstjenesten får nødvendig styringsinformasjon i det videre arbeidet med samhandlingsreformen. Målet er også å gi offentlige helsemyndigheter og befolkningen et innblikk i hvordan det går med reformen. Styringsdata for kommunene er et interaktivt verktøy som gir hver kommune tilgang til sentral statistikk. Disse finnes på Helsedirektoratets nett-

side helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/styringsdata-for-kommunene. Den enkelte kommune kan her sammenligne seg med andre kommuner eller med gjennomsnittet for regioner eller landet totalt.

Det er betydelige forskjeller mellom kommunene i bruk og tilbud av helse- og omsorgstjenester. Forskjellene er i noen grad knyttet til kommunestørrelse. Innbyggerne i små kommuner har i gjennomsnitt et høyere forbruksnivå av helse- og omsorgstjenester enn innbyggerne i store kommuner. Dette gjelder både for bruk av fastlege, hjemmetjenester og beboere på institusjon. Mønsteret gjenfinnes også for bruk av spesialisthelsetjenester. Ifølge samhandlingsstatistikken 2014–15 viser nærmere analyser at de høye forbruksratene i de minste kommunene langt på vei kan begrunnes med større behov hos innbyggerne i disse kommunene.

Helsedirektoratet har i sin Samhandlingsstatistikk 2014–15 sett på hvordan bruken av ulike helse- og omsorgstjenester varierer i kommunene. Her konkluderes det med at innbyggernes bruk av fastlege varierer relativt lite i forhold til variasjonen i tildeling av langtidsopphold i institusjon og bruk av hjemmesykepleie. Noe av variasjonen i kommunale helse- og omsorgstjenester skyldes at tjenestetilbudet har ulik organisering. Noen kommuner har et høyt nivå av hjemmesykepleie og et lavt nivå av institusjonstjenester og vice versa. Variasjonen i rater for innbyggernes sykehusinnleggelser og polikliniske forbruksrater ligger på et mellomnivå mellom de to (fastlege på den ene side og omsorgstjenester på den annen side).

8.2.2 Variasjon i henvisninger

Det foreligger ikke nasjonale data over antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten fra norske fastleger eller annet helsepersonell med henvisningsrett. Det finnes heller ikke nasjonal statistikk over henvisninger som kan belyse variasjon mellom fastleger eller variasjon i lys av kommunestørrelse, sentralitet eller andre forhold. På den annen side registrerer sykehusene alle vurderte henvisninger i ventetidsregistreringen i Norsk pasientregister.

Samhandlingsbarometeret er et nettsted som skal gjøre kunnskap tilgjengelig for kommune- og spesialisthelsetjenesten i Sogn og Fjordane og styrke grunnlaget for samarbeid mellom sektorene. Nettstedet er utviklet av Helse Førde HF i samarbeid mellom helseforetak og kommuner. Variasjon i antall henvisninger per 1000 innbyg-

gere fra ulike kommuner i Sogn og Fjordane publiseres årlig. For 2015 viste samhandlingsbarometeret betydelig variasjon i antall henvisninger per innbygger, når ulike kommuner sammenlignes. Kommunen med flest henvisninger per inn-

bygger hadde 2,6 ganger så mange henvisninger som kommunen med færrest henvisninger per innbygger. Variasjonen var tilnærmet helt lik om man sammenligner henvisninger til ø-hjelpinnleggelser med henvisninger til poliklinikk.

Del II
Oppsummering

9 Departementets oppsummering

Denne meldingen er den tredje i rekken av årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet.

I meldingens del I omtales utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helsedirektoratets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenligninger. De overordnede utfordringene er i hovedsak de samme som beskrevet i de to foregående stortingsmeldingene. Det er fortsatt gjennomgående utfordringer knyttet til kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse. Det er en kjensgjerning at mange av disse utfordringene fordrer systematisk innsats over tid.

Norsk helse- og omsorgstjeneste kommer godt ut i internasjonale sammenligninger. Omtalen av nasjonale kvalitetsindikatorer i del I viser i hovedsak en positiv utvikling fra 2014 til 2015. Samtidig er det slik at helse- og omsorgstjenesten må omstilles for å møte framtidens utfordringer. Det samlede utfordringsbildet er godt beskrevet i regjeringens meldinger til Stortinget de siste årene. Viktige utviklingstrekk er vekst i folketallet, en aldrende befolkning og økt omfang av personer som lever med kroniske og sammensatte lidelser. Dette fordrer at helse- og omsorgstjenestene utvikler nye måter å arbeide og samhandle på for å forbedre kvaliteten og øke pasientsikkerheten. Målet er at de som trenger helsehjelp i framtiden skal bli møtt med en trygg helsetjeneste av god kvalitet.

Variasjon er valgt som eget tema i denne meldingen. Variasjon er en innfallsvinkel til å se nærmere på helse- og omsorgstjenestene og belyse forskjeller som kan ha betydning for kvaliteten i tjenestene. Ved å se på variasjon i forbruk mellom geografiske områder og organisatoriske enheter, kan ny informasjon om befolkningens tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester avdekkes og gi viktige innspill til videre analyser for å motvirke uønsket variasjon.

Dette er den syvende stortingsmeldingen regjeringen legger fram for Stortinget på helse- og omsorgsområdet. Disse stortingsmeldingene er sammen med planer og strategier regjeringens strategi for å skape pasientens helsetjeneste. Flere av meldingene er behandlet i Stortinget, og oppfølgingen er i gang.

Regjeringen mener følgende må være retningsgivende i det videre arbeidet for å fremme økt kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene:

- Pasientens helsetjeneste må utvikles videre.
- Kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet må brukes til forbedring av tjenesten og til å motvirke uønsket variasjon.
- Ledelse, kultur og systemer som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet må videreutvikles.

For det første må pasientens helsetjeneste utvikles videre. I tiden framover er det viktig at pasienter og brukere medvirker i eget behandlingsløp og deltar i utforming og utvikling av tjenestene. Pasienten skal møtes og delta som en likeverdig part. Ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten må anerkjenne at pasienten og brukeren er ekspert på egen sykdom og eget liv og at deres stemme er viktig i utforming av behandlingstilbud og kvalitet i tjenestene.

For det andre må kunnskapen tas aktivt i bruk i fagmiljøene, av ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Vi har mange kunnskapskilder med store mengder data, statistikk og analyse om helse- og omsorgstjenestene, og datatilgangen og kunnskapen har økt betydelig de siste årene.

For det tredje er det behov for en mer kvalitetsorientert ledelse. Ledere på øverste nivå i helseforetak og kommuner må etterspørre resultater på kvalitet og risikoområder og ta et større ansvar for å utvikle kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Ledere på ulike nivå må ta i bruk kunnskap om kvalitet og risiko innenfor sitt ansvarsområde i utvikling og forbedring av tjenesten. Dette innebærer ansvar for å utvikle en kultur for faglighet, kompetanse og kvalitet. Ledere må også sørge for at organisasjonen tar i bruk systemer som skal bidra til bedre kvalitet og

pasientsikkerhet. Det må utvikles en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele helse- og omsorgstjenesten.

Sammenfattet har helse- og omsorgstjenesten ansvar for å gi forsvarlige tjenester og for å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Selv om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er ulike i tjenesteinnhold, organisering og finansiering, er det den samme pasienten som mottar helse- og omsorgshjelp og den enkeltes helse som er avhengig av innsatsen.

Nasjonale helsemyndigheter legger rammer for tjenesten gjennom lover og forskrifter, økonomiske virkemidler og pedagogisk understøttende virkemidler, for eksempel faglige retningslinjer, veiledere, nasjonale kvalitetsindikatorer, lederutviklingsprogram og pasientsikkerhetsprogram. Nasjonale helsemyndigheter har også ansvar for å legge til rette for tjenestens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nasjonale tiltak og strategier samt teknologisk infrastruktur. Helse- og omsorgsdepartementet har bidratt til å utvikle publiseringsløsninger, verktøy og metodikk som kan tas i bruk av tjenesten til kvalitetsforbedring og utvikling av pasientsikkerhet. Gjennom nettsiden helsenorge.no har også befolkningen fått økt mulighet til innsyn i ulike sider ved helsetjenesten og i egne helsedata. Nasjonale myndigheter legger på denne måten til rette for at tjenesten kan bruke ulike virkemidler som skal bidra til å fremme pasientens helsetjeneste. Våre «verktøy» handler om å bruke ledelse, mestring, kompetanse, kvalitet, IKT og team for å bygge pasientens helsetjeneste – en trygg tjeneste med god kvalitet.

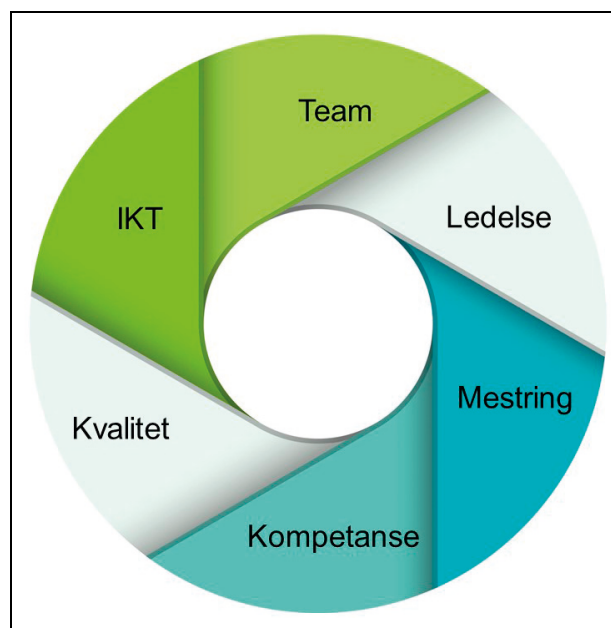
9.1 Pasientens helsetjeneste

Pasientens helsetjeneste handler om at pasienten er en likeverdig samarbeidspartner ved behov for helsehjelp og at tjenestene i større grad organiserer seg og virker ut fra pasientens behov. Stadig flere mennesker lever hele eller store deler av livet med sykdom eller helseutfordringer. Denne erkjennelsen krever en forandring i måten helsetjenesten møter pasientene på. Dette er selve kjernen i pasientens helsetjeneste. Det er her pasientens helsetjeneste skiller seg fra begrepet «pasienten i sentrum» som i større grad forutsetter at pasienten er i sentrum for andres oppmerksomhet. Med en visjon om pasientens helsetjeneste må samvalg etterstrebtes, og pasienten skal være en aktiv og likeverdig deltaker. Ikke alle pasienter kan bli friske, selv med god behandling. Det å bi-

dra til at pasienter mestrer sine helseutfordringer bedre og får økt livskvalitet, er derfor også viktig. «Å mestre egen sykdom er en medisin som brukes for lite», er et av rådene fra pasienter og brukere. Involvering, god informasjon og kommunikasjon om mulige alternativer, risikovurderinger og pasientens preferanser og behov kan bidra til større mestring og bedre livskvalitet for pasienter og brukere og redusert risiko for pasientskade.

Digitale verktøy og tjenester gir nye muligheter for å involvere pasienter, brukere og innbyggere på en helt annen måte. Man ser i dag en rask utvikling av samvalgsverktøy, velferdsteknologi og mobil helseteknologi innen prøvetaking, diagnostisering, behandling og oppfølging av personer med kroniske sykdommer. Innovasjon bidrar til å styrke pasientens mestring i hverdagen, fremme pasient- og brukersikkerhet og gi bedre utnyttelse av helse- og omsorgstjenestens ressurser. Et eksempel på innovasjon er hvordan nettbrett, apper, mobiltelefoner og sensorer tas i bruk i helsetjenesten for at pasienter kan følge med på egen sykdom, uten å måtte oppsøke helsetjenesten.

Uprøving av teknologi for å øke livskvalitet og funksjonsevne hos demente, kronisk syke og personer med nedsatt funksjonsevne er et nytt område innen kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det pågår blant annet flere nasjonale tiltak på velferdsteknologiområdet. Gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram prøver flere kommuner ut teknologi for trygghet og mestring, herunder fallsensorer, trygghetsalarm, GPS for demente, elektroniske medisindispensere med videre. Som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram ble det



Figur 9.1

i 2015 også etablert et nasjonalt prosjekt for avstandsbehandling og oppfølging av kronisk syke ved bruk av velferdsteknologiske løsninger. Trondheim, Stavanger, Oslo og Sarpsborg er valgt ut til å delta, og prosjektet skal omfatte 4–500 brukere. For eksempel måler og registrerer KOLS-pasienter i Sarpsborg kommune selv sin medisinske tilstand (herunder blodtrykk, blodsukker oksygenopptak og lignende) på nettbrett i sitt eget hjem. Dette skjer i samarbeid med Sykehuset Østfold. Måleresultatene sendes via nettbrett til helsepersonell, og ved behov kan medisinerings endres og endringer følges raskt opp. Kommunikasjonen mellom pasient og helsepersonell skjer via videokommunikasjon.

Erfaringer fra Oslo kommune viser at teknologien bidrar til at pasientene får en bedre hverdag og at helsepersonell får frigjort tid til å løse andre oppgaver. Brukere har redusert behov for hjemmesykepleietjenester. Antall besøk er redusert med 30 prosent, og helsepersonell har redusert tidsbruken med 60 prosent. Tilsvarende gevinster finnes også i spesialisthelsetjenesten hvor antall innleggelses på sykehus er redusert med om lag 30 prosent og antall liggedøgn er redusert med om lag 40 prosent.

I 2016 er det igangsatt utprøving av kommersielt tilgjengelige velferdsteknologiske løsninger for barn og unge med funksjonsnedsettelse, slik at de lettere kan delta i fritidsaktiviteter. Det arbeides også med å utvikle og utprøve teknologisk støtte for sosial kontakt blant eldre.

Helsenorge.no er innbyggernes felles inngangsport til offentlige helsetjenester på nett. Helsenorge-portalen er i kraftig vekst med over en million brukere hver måned. I september 2016 var det 1,7 millioner besøk på portalen. Nettsiden og helsenorge-appen utvikles kontinuerlig med nye tjenester til innbyggerne. 3,7 millioner innbyggere har per oktober 2016 tilgang til egen kjernejournal på helsenorge.no via «Min helse». I løpet av 2017 vil kjernejournal være nasjonalt innført.

I Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har innbyggerne tilgang til egen sykehusjournal. Denne tjenesten skal spres til resten av landet. Prostatakreftpasienter over hele landet har fått tilgang via helsenorge.no til et digitalt beslutningsstøtteverktøy som bidrar til at de sammen med legen sin kan finne frem til behandlingen som passer dem best. Dette er verktøy som legger til rette for samvalg og skal utvides også til flere områder. Alle helseforetak har nå nye og mer brukervennlige nettsider. Helhetlig informasjon om pasientforløpet blir presentert med lik design og lik

struktur, og det er enklere å skaffe seg informasjon om sykdom og behandling på sitt eget sykehus.

9.2 Kunnskap må tas i bruk

Sett i internasjonalt perspektiv har Norge gode muligheter til å vurdere helsetilstanden i den norske befolkningen. Norge har også gode muligheter til å vurdere pasientsikkerheten og om kvaliteten på tjenestene er god. Dette er mulig fordi det er samlet et godt datagrunnlag i sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre, i nasjonal statistikk samt i befolkningsbaserte helseundersøkelser og biobanker. I tillegg har vi for spesialisthelsetjenesten kartlegging av pasientskader innenfor somatikk og nasjonale melde- og varslingsordninger som gir innblikk i områder med risiko for pasientskader.

Basert på registerdata er det de siste årene etablert flere nye nasjonale kvalitetsindikatorer og tjenester på internett som tilgjengeliggjør statistikk og analyser av helsedata. Flere nettbaserte portaler og publiseringsløsninger er lansert de siste årene. Et fellestrekk ved disse er at kunnskap om befolkningens helse, tilgang til helse- og omsorgstjenester samt kvalitet i tjenesten blir lettere tilgjengelig for befolkning, helseforetak og kommuner. Helseatlastjenesten, Helsedirektoratets Samdata-rapporter om ressursbruk og aktivitet i spesialisthelsetjenesten og Helsedirektoratets styringsdata for kommunene og Samhandlingsstatistikk er omtalt i meldingens del I. Andre sammenligningsverktøy er folkehelseprofilene som publiseres av Folkehelseinstituttet, KOSTRA og resultat tjenesten for medisinske kvalitetsregistre på www.kvalitetsregistre.no. Gjennom meldeordningen til Helsedirektoratet, varselordningen til Statens helsetilsyn og øvrig tilsynsvirksomhet, Norsk pasientskadeerstatnings statistikk og kartleggingen av pasientskader som del av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender», finnes det mye kunnskap om hvor det svikter i helsetjenesten.

Med det kunnskapstilfang som nå foreligger, er en av de største utfordringene i dag å ta i bruk kunnskapen til konkret arbeid med kvalitetsforbedring og forebygging av uønskede hendelser. Nasjonale myndigheter vil fortsatt bidra til å gjøre datagrunnlaget og kunnskapen tilgjengelig og bruke den til nasjonal planlegging og styring. Kommuner, helseforetak og private helseaktører må på sin side ta i bruk tilgjengelig kunnskap og utnytte de mulighetene som finnes.

Nasjonale registre omfatter i dag 19 sentrale helseregistre og 54 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Helseregisterloven legger de juridiske rammene for helseregistre og har som formål å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Loven legger til rette for behandling av helseopplysninger til statistikk, helseanalyser, forskning, kvalitetsforbedring, planlegging, styring og beredskap i hele helse- og omsorgstjenesten. Samtidig skal loven bidra til at personvern og etikk ivaretas på en god måte. Det er avgjørende for registrenes legitimitet at befolkningen har tillit til at personvernet blir ivaretatt på en betryggende måte. Dagens helseregisterlov trådte i kraft 1. januar 2015. Lovforslaget om å etablere et nytt Kommunalt pasient- og brukerregister ble vedtatt av Stortinget i juni 2016, og forslag til ny forskrift ble sendt på høring høsten 2016.

Departementet arbeider i tillegg med å oppdatere forskriftene til de øvrige lovbestemte helseregistrene i tråd med helseregisterloven og har startet arbeidet med å utarbeide egne forskrifter for befolkningsbaserte undersøkelser og medisinske kvalitetsregistre.

Norsk pasientregister er et sentralt nøkkelregister for spesialisthelsetjenesten. Med Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) etableres et tilsvarende nasjonalt register for helse- og omsorgstjenester i kommunene, med mulighet for å knytte sammen data fra flere kilder og se tjenestene i større sammenheng enn før. For å effektivisere og utnytte potensialet i disse registrene i enda større grad, vil departementet styrke gjennomføringskraften i oppfølgingen av den nasjonale helseregisterstrategien. Direktoratet for e-helse får ansvar for å lede arbeidet gjennom et program for utvikling av fellesløsninger for registrene. I tillegg er det etablert et ekspertutvalg som skal fremme forslag til hvordan en kan sikre lettere tilgang til og bedre utnyttelse av helsedata til de ulike helseformålene. Kobling av helsedata fra flere kilder gir Norge et internasjonalt fortrinn innen registerforskning og helseanalyser og gir et kunnskapsfundament for å fremme folkehelse og å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjenester. Samtidig må personvern hensyn ivaretas. Ekspertgruppen skal vurdere og anbefale konkrete organisatoriske, tekniske og juridiske tiltak for å forbedre dagens system som samtidig ivaretar de registrertes personvern.

Denne meldingen har omtalt uønsket variasjon i forbruk. Både innenfor dagkirurgi og barnehelse avdekker helseatlasene uønsket variasjon.

Samtidig påpekes det at det på de fleste områdene mangler kunnskap om hva som er «riktig» omfang og nivå med tanke på om det foreligger overforbruk eller underforbruk som også kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjelder både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. På områder der det er utarbeidet nasjonale kvalitetsindikatorer, er det større sikkerhet for at variasjon er uønsket, og i enda større grad gjelder dette kvalitetsindikatorer der det er fastsatt målsettinger for tjenestene.

Regjeringens mål er sterke kommuner som kan sikre gode velferdstjenester til sine innbyggere. Det kommunale ansvaret for helse- og omsorgstjenesten legger til rette for at tjenesten kan utformes nær brukerne og tilpasses den enkeltes behov og lokale forhold. Dette og hensynet til det kommunale selvstyret gir kommunene stor handlingsfrihet. Ulikheter i innbyggernes behov og lokalpolitiske prioriteringer, innebærer at det må forventes variasjoner i tjenestetilbudet fra kommune til kommune.

Enkelte grunnleggende egenskaper ved kommunale helse- og omsorgstjenester bidrar til at variasjon oppstår. Primærhelsetjenestens oppgave er blant annet å motta pasienter i første hånd, uten forhåndssortering. Det finnes med andre ord en spennvidde som kan gå fra helt uproblematisk tilstander til akutte, livstruende tilstander. Mange av pasientene og brukerne som behandles i kommunene har dessuten uavklarte eller sammensatte tilstander der kunnskapsgrunnlaget for hva som er riktig behandling er mye svakere enn de langt mer definerte tilstandene som behandles i spesialisthelsetjenesten. Dette tilsier antatt større grad av variasjon enn i spesialisthelsetjenesten.

En forskjell mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten er på organisasjons- og ledelsesnivå. Gjennom helseforetaksreformen er mange sykehus blitt organisert sammen i større helseforetak med felles regional helseforetaksledelse. I tillegg utøver staten eierstyring overfor regionale helseforetak, noe som gir større mulighet for standardisering og tilbudslikhet enn i kommunal sektor.

På den annen side definerer helse- og omsorgstjenesteloven skranker for det lokale handlingsrommet ved at alle innbyggere har rett til nødvendige og forsvarlige tjenester. Forskjeller i forbruk av helse- og omsorgstjenester og forskjeller i kvalitet i tjenestene, kan i noen sammenhenger være større enn det forskjellene i sykkelighet, alderssammensetning eller lokale tilpasninger kan forklare. Slike forskjeller mellom kommuner kan tyde på uønskede kvalitetsforskjeller. For-

skjeller i henvisningsrater mellom kommuner, reinnleggelser og bruk av omsorgstjenester er eksempler på områder som det kan være av interesse å se nærmere på. Forskning, fagkunnskap og verdier gir dessuten en retning for hva som er god kvalitet, som i en del tilfeller er fastsatt i faglige retningslinjer og veiledere.

Datagrunnlaget om de kommunale helse- og omsorgstjenestene består av data fra KOSTRA (SSB), KUHR-registeret (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) (Helsedirektoratet) og IPLOS (SSB). Innenfor omsorgstjenestene har det skjedd en betydelig utvikling av kunnskapen de siste årene gjennom etablering av IPLOS og utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. Det er derimot svakere kunnskapsgrunnlag om variasjon mellom kommuner for øvrige helsetjenester, som for eksempel allmennlegetjenesten. En del undersøkelser er imidlertid gjort, og disse viser variasjon i henvisningsrater og forbruksrater. Den store utfordringen er tilgang på nasjonale, kommunefordelte data for å beskrive variasjon mellom kommuner som grunnlag for videre årsaksanalyser. Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) vil bidra til økt kunnskap.

De to første helseatlasrapportene har bidratt til å gi tilgang til ny informasjon, som grunnlag for videre drøftinger og analyser, først og fremst i fagmiljøene. På noen områder handler variasjonen om ulik praksis i fagmiljøene, både når det gjelder henvisningspraksis hos leger og vurderinger i spesialisthelsetjenesten. Barnehelseatlas ble utarbeidet i tett samarbeid med det barnemedisinske fagmiljøet, med forord av norsk barnelegeforening. I forordet fremkommer det at norsk barnelegeforening vil bruke dataene til å prøve å finne ut hva som ligger bak forskjellene og hvordan tilbudet i de ulike boområder kan bli mer harmonisert. Det pekes i rapporten på behov for oppfølging i fagmiljøene og en systematisk og gjennomtenkt tilpasning til faglig riktig og forsvarlig kapasitetsnivå, samt å forbedre samhandlingen med primærhelsetjenesten. Gjennom det videre arbeidet ønsker fagmiljøene også å bidra til generell helseopplysning i befolkningen slik at foreldre blir tryggere når barn får vanlige sykdommer som kan håndteres hjemme.

De regionale helseforetakene har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å bruke kunnskapen om variasjon i tjenesten som grunnlag for forbedringsarbeid. Det pågår et arbeid i regi av de regionale helseforetakene med å identifisere indikatorer på områder hvor det er behov for å redusere uønsket variasjon. Helseatlas og videre analyser av disse kan også avdekke områder

med behov for faglige retningslinjer eller presiseringer av eksisterende retningslinjer.

Innen utgangen av 2016 lanseres nyfødtmedisinsk helseatlas. I dette atlaset tas det sikte på å undersøke eventuelle sammenhenger mellom forbruksrater og kvalitetsdata, med utgangspunkt i data fra medisinske kvalitetsregistre. Medisinske kvalitetsregistre er registre som løpende kan dokumentere resultater for en avgrenset pasientgruppe med utgangspunkt i individuelle behandlingsforløp. Hovedformålet med medisinske kvalitetsregistre er å sikre kvaliteten på diagnostikk og behandling i helsetjenesten. Denne type analyser på de områdene hvor det er utarbeidet helseatlas er viktig i det videre arbeidet. Det er også ønskelig med helseatlas på flere områder. For eksempel arbeides det med et helseatlas for KOLS som planlegges ferdigstilt i 2017, og det planlegges et eldre helseatlas.

Det foreligger allerede eksempler på at det å løfte frem resultater om variasjon og kvalitet fører til forbedring. Blant annet viste helseatlas for dagkirurgi stor geografisk variasjon i menisk- og skulderoperasjoner. Dette er områder der det er dokumentert at mange heller burde hatt fysioterapi enn operasjon. Her er det viktig å være klar over at antallet operasjoner har økt betydelig de siste årene og at mange pasienter står på venteliste.

Et eksempel på konkret, lokal forbedring er Finnmarkssykehuset som hadde flest skulderoperasjoner ifølge helseatlas. Sykehuset tok raskt tak i dette og etablerte en egen, tverrfaglig poliklinikk for pasienter med skulderplager. Finnmarkssykehuset innførte raskt ny praksis slik at skulderpasienter nå får opptrening istedenfor operasjon når det er riktig. Gjennom tverrfaglig forskning og fagutvikling utført av fysioterapeuter og spesialister innen ortopedi og fysikalsk medisin, har Lovisenberg sykehus i Oslo gjort viktig arbeid for å sikre at pasientene får skulderkirurgi på riktig indikasjon.

I november 2016 ble resultater fra de 54 nasjonale medisinske kvalitetsregistre offentliggjort på www.kvalitetsregistre.no. De fleste kvalitetsregistrene publiserer resultater på sykehusnivå, og resultatene avdekker variasjon på mange områder. Dette er fjerde år på rad at kvalitetsregistrene publiserer resultater. Offentliggjøring av resultater er blitt fulgt opp med tiltak for å redusere variasjon og forbedre kvalitet. For eksempel viser resultater fra brystkreftregisteret en økende bruk av brystbevarende kirurgi på landsbasis og mer lik behandling mellom sykehusene. Dette er i tråd med ønsket utvikling. I Nasjonalt kvalitetsregister

for barne- og ungdomsdiabetes er det en bedring det siste året for 19 av 24 innregistrerende sykehus i langtidsblodsukker for barn og unge med diabetes.

9.3 Bedre ledelse, kultur og systemer for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet

Godt lederskap er grunnleggende for å utvikle og omstille helsetjenesten. Ledere må etterspørre og være kjent med kvalitet og risiko i egen virksomhet, legge til rette for forbedringstiltak og følge med på om tiltakene virker. God ledelse har dessuten grunnleggende betydning for å utvikle en kultur for kvalitetsforbedring. Det har også betydning at ansatte på alle nivåer opplever at kvalitetsforbedring er et felleseie – noe man er sammen om. Å skape eierskap og fellesskapsfølelse omkring arbeid med kvalitet og forbedring, er et ledelsesansvar.

Kvalitet kommer ikke av seg selv. Å skape en kultur på arbeidsplassen som fremmer fagkunnskap og forbedring, er en del av arbeidet med å utvikle pasientens helsetjeneste. Kulturen på arbeidsplassen kan virke som en drivkraft som fremmer forbedringsarbeid, men kan også virke som en motkraft som bremser eller hindrer slikt arbeid.

Kultur kan beskrives og defineres på mange måter. Kultur handler blant annet om hvilket selvbilde en organisasjon har, hvilke normer og verdier som fremmes, og hvilke usagte sannheter og holdninger som ligger under det som ikke sies eksplisitt. Kultur handler blant annet om hvordan relasjoner skapes, beslutninger fattes, makt utøves og uenighet takles.

Å bygge en kultur for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet forutsetter en rekke faktorer. Forskning på organisasjoner som har lyktes med kvalitetsforbedring, tyder på at følgende faktorer er avgjørende:

- Erkjennelse i organisasjonen av at det er rom for forbedring.
- Respekt og interesse for fagkunnskap og forskning.
- Vilje til forandring.
- Forankring i ledelsen.
- Tid avsatt til felles diskusjon og refleksjon.
- Ved uønskede hendelser og svikt er ledelsens oppmerksomhet rettet inn mot å lære for å unngå svikt i framtiden, ikke mot å utpeke syndere.

- Ansatte som ser betydningen av å engasjere seg, i motsetning til maktesløshet eller fryktkultur.

I hvilken grad tjenestene involverer pasienter og pårørende i forbedring av tjenester er sentralt. Erfaringer viser at dette endrer kulturen i organisasjonen. Dette er viktig for å utvikle pasientens helsetjeneste.

Det å endre holdninger, lederskap og kultur er noe som må gjøres over tid. Endringer i regelverk alene er ikke tilstrekkelig. Virkemidler fra nasjonalt hold har i flere tiår vært rettet inn mot å skape systemer og rammevilkår som legger til rette for kvalitetsarbeid i norsk helse- og omsorgstjeneste. Dette arbeidet spenner fra etablering av rapportering av data til nasjonale myndigheter, til organisering av statlige tilsyn og meldeordninger.

Regjeringen legger vekt på at regionale helseforetak og kommunesektoren må etterspørre informasjon om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og ta i bruk kvalitetsmålinger og kvalitetsystemer. I kommunesektoren er det sentralt at arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet formidles til rådmanns- og kommunestyrenivå og at kommunestyret jevnlig behandler kvalitet i tjenestene. I hele helse- og omsorgstjenesten er det viktig at det øverste ledelsesnivået har oversikt over risikoområder og gis mulighet til å planlegge hvordan svikt kan forebygges og kvalitet og pasientsikkerhet forbedres.

Helsefagene bygger på en individorientert tenkning, noe som ofte er til hinder for en organisasjons- og systemtenkning. Prosesser i helsetjenesten er samtidig svært kompliserte, mange aktører er involvert og det er mange risikoområder i samhandlingen mellom ulike aktører og organisasjoner. I tillegg kommer at det ofte er usikkerhet omkring diagnostisering og effekt av behandling, mangelfull måling av kvalitet og mangel på overordnede risikovurderinger. Det kan derfor være vanskelig å oppnå tilstrekkelig oversikt og innsikt i hva som skaper god kvalitet og hvor ressursene bør legges for å oppnå forbedring.

For at en organisasjon skal oppnå ønskede resultater, er kvalitetsmåling og systemer for å oppnå god kvalitet av stor betydning. Om dette kalles styringssystem eller kvalitetssystem, varierer. Felles for ulike systemer er at de gir virksomhetens ledere på overordnet nivå en mulighet til å få oversikt over kvaliteten i egen virksomhet, følge med på hele pasientforløpet, følge utviklingen over tid, avdekke risikoområder og lære av uønskede hendelser. Å få dette til uten mål på kvalitet er vanskelig. Utviklingen av nasjonale kvali-

tetsindikatorer er skjedd med bakgrunn i ønsket om mer kunnskap og oversikt, både for nasjonale myndigheter, men også for de enkelte virksomhetene. Dette arbeidet er i stadig utvikling, og fremover må det legges enda mer vekt på å kunne følge pasientforløpene. Innføring av pakkeforløpene for kreft har bidratt til mer forutsigbarhet og mer trygghet for kreftpasienter. En kan gjennom nasjonale kvalitetsindikatorer følge med på utviklingen i de 28 pakkeforløpene som er etablert på kreftområdet. I 2017 implementeres pakkeforløp for hjerneslag, og arbeidet med utvikling av pakkeforløp innen psykisk helse og rus er startet.

Private virksomheter som yter spesialisthelsetjenester har en selvstendig plikt til å følge internkontrollforskriftens bestemmelser om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Dette er ikke til hinder for at regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner som har inngått avtale og yter helse- og omsorgstjenester til innbyggerne, etterspør kvaliteten i tjenestene som ytes av private aktører med avtale.

Sentralt i pasientsikkerhetsarbeidet er systematisk oppfølging av risikoforhold, uønskede hendelser og svikt for å forebygge lignende hendelser. Dette fordrer åpenhet og en kultur hvor det er trygt og akseptert å melde og diskutere uønskede hendelser og forbedringsområder. Det skal også være åpenhet om forhold som kan gå ut over helse- miljø og sikkerhet (HMS) for ansatte. Ledere må legge til rette for at vanskelige spørsmål håndteres i en god og åpen dialog, at de ansatte har gode interne kanaler for å dele synspunkter og tillit til at de blir hørt. Ledere må støtte ansattes og tillitsvalgtes engasjement, rett til å ytre seg og foreslå forbedringer. Videre bør ledere oppfordre de ansatte til å melde fra om uønskede hendelser som kan ha betydning for pasientsikkerheten. Det er helt avgjørende at ledere følger opp meldinger om avvik, uønskede hendelser og forslag til forbedringer på en ordentlig måte, i god dialog med de ansatte og tillitsvalgte.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring trer i kraft 1. januar 2017. Forskriften som stiller krav til ledelse og styring i helse- og omsorgstjenesten, erstatter dagens forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Den omfatter både spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenester i kommunal sektor, inkludert private helseaktører.

Formålet med ny forskrift er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Forskriften struktureres med utgangspunkt i de fire elementene i forbedringssirkelen og som er grunnleggende i et styringssystem; at virksomhetens aktiviteter skal:

- planlegges
- gjennomføres
- evalueres
- korrigeres.

Forskriften utdyper nærmere hva disse fire elementene innebærer av oppgaver for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. En av oppgavene det legges opp til i forskriften er at alle virksomheter, minst en gang årlig, systematisk skal gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Formålet er å sikre at styringssystemet fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ny forskrift er tydeligere på at internkontroll skal være en integrert og naturlig del av virksomhetens styringssystem. Forskriften er også tydeligere på at ansvaret ligger hos ledere som har det overordnede ansvaret for virksomheten. Kort tid etter at forskriften trer i kraft, vil Helsedirektoratet publisere en veileder samt fremme forslag til en plan for implementering av forskriften i tjenesten.

Topplederprogrammet

Siden foretaksreformen i 2002 har helseforetakene hatt ledelse og ledelsesutvikling som satsingsområde. Det er lagt ned en betydelig innsats ved det enkelte sykehus, på regionalt nivå og gjennom Nasjonal ledelsesutvikling for helseforetakene som ble etablert i 2005 og som drives av de regionale helseforetakene i fellesskap. Dette har gitt resultater i form av tydeligere ledelse, mer ansvarliggjorte ledere og en mer omforent ledelseskultur. Et av tiltakene er Topplederprogrammet hvor 30 kandidater fra helseforetakene deltar på et tre måneders program. Hensikten er å utvikle et felles sett av kunnskap, ferdigheter og holdninger hos fremtidige toppledere i spesialisthelsetjenesten. Dette er et bidrag for å gjøre lederne bedre i stand til å møte de krav og utfordringer

som helseforetaket står overfor, med særlig vekt på: Rolleforståelse, kvalitet og pasientsikkerhet, og samhandling med kommunehelsetjenesten.

En intern evaluering viser at kandidatene etter gjennomføringen av Topplederprogrammet erfarer at de i større grad enn tidligere er tryggere i lederrollen, opplever større grad av måloppnåelse, er mer motiverte for å være toppledere og bidrar mer til å gjennomføre forbedringer i eget foretak og i egne ledergrupper. Det er under planlegging to pilotprosjekt for ledelsesutvikling på tvers av spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet ble det foreslått at ledere i kommunale helse- og omsorgstjenester kan delta på Topplederprogrammet. Som en oppfølging er det etablert et samarbeid mellom KS og Nasjonal ledelsesutvikling for helseforetakene om å styrke lederskapet i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Gjennom Kompetanseløft 2020 har regjeringen foreslått en satsing på økt lederkompetanse. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015, og oppdraget er gitt til Handelshøyskolen BI. Målgruppen er ledere i den kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenesten. Utdanningen følgeevalueres, og erfaringer fra første kull tyder på at utdanningen treffer godt.

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet » I trygge hender» (2014–2018) er nå halvveis i programperioden. Målet er færre pasientskader og etablering av bedre strukturer og kultur for pasientsikkerhet. Sykehus og kommuner er godt i gang med å innføre tiltakspakker på 12 risikoområder, inkludert ledelse. Fire nye tiltakspakker forberedes i 2016, blant annet om ernæring og tidlig oppdagelse og behandling av blodforgiftning. Det er etablert mål og kvalitetsindikatorer for innsatsområdene for å følge utviklingen over tid. Programmet skal bidra til å bygge kompetanse i forbedring og pasientsikkerhet hos helsepersonell og ledere. Brukerinvolvement står sentralt. Programmet bruker læringsnettverk for å spre tiltakspakkene og praktisk opplæring i forbedringsmetodikk. Måling av pasientskader og pasientsikkerhetskultur gjennomføres jevnlig i sykehus. Selv om sykehusene de siste årene har hatt økt oppmerksomhet på pasientsikkerhet, viser kartleggingen at det er betydelige forbedringsbehov i sykehusene for å redusere pa-

sientskader og bedre pasientsikkerhetskulturen. Departementet følger opp dette gjennom de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

I siste halvdel av programperioden skal programmet øke innsatsen mot kommunene. Flere av tiltakspakkene i programmet er relevante for den kommunale helse- og omsorgstjenesten: Riktig legemiddelbruk i sykehjem, samstemming av legemiddellister, riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten, forebygging av trykksår, forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med bruk av kateter, forebygging av fall i helseinstitusjoner, ernæring og ledelse av pasientsikkerhetsarbeid. Kommunene inviteres til å få opplæring i og ta i bruk tiltakspakkene gjennom deltakelse i læringsnettverk.

I siste halvdel av programmet skal spredning av tiltakspakkene fortsatt være sentralt. For å sikre varige forbedringer og strukturer for pasientsikkerhet, er det imidlertid helt avgjørende at pasientsikkerhetsarbeidet forankres i ledelsen, både politisk gjennom kommunestyret og faglig gjennom administrasjonssjefen/rådmann, og ledere på lavere nivåer. Tønsberg har vært pilot for programmets satsning på «Pasient- og brukersikker kommune». Pasient- og brukersikker kommune baserer seg på å involvere alle deler av kommunen for å bedre pasientsikkerheten. I 2017 utvides prosjektet «pasient- og brukersikker kommune» til fire nye kommuner. Programmet følgeevalueres av ekstern aktør.

Trygghetsstandard for sykehjem

Det er for store variasjoner i kvaliteten i sykehjem. Regjeringen vil derfor utvikle et felles verktøy for å sikre god praksis på alle sykehjem. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utvikle et verktøy for å sikre god kvalitet og profesjonell praksis i sykehjem – en trygghetsstandard. Prosjektets utgangspunkt er at kvalitetsforbedringsarbeid ikke nødvendigvis forutsetter flere lover og forskrifter, men et bedre system for å etterleve det lovverket som allerede finnes. Krav til god praksis skal utarbeides i samarbeid med sykehjemmene som deltar i prosjektet. Dette skal skje ved at sykehjemmene gir konkrete eksempler på hvordan de arbeider for å sikre god kvalitet og hvordan de måler resultatet av arbeidet. Trygghetsstandard skal være et konkret verktøy for ansatte og for kommunene i hele landet til å drive systematisk kvalitetsutviklingsarbeid. Prosjektet startet opp i desember 2014 og avsluttes våren 2018.

Utviklingsavtale med KS

Regjeringen og KS har inngått en bilateral avtale om videre utvikling av den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Utviklingsavtalen). Avtalen har en varighet fra 1. januar 2016 til 31. desember 2018. Avtalen gir et godt grunnlag for at regjeringen og KS i fellesskap skal bidra til å videreutvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom oppfølging av tiltak i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet og regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020; Omsorg 2020. Særskilte samarbeidsområder er kompetanse og ledelse, kvalitet og innovasjon, samt tverrfaglighet og samarbeid. Statens forpliktelser i avtalen tilpasses de til enhver tid gjeldende økonomiske rammer som vedtas av Stortinget.

Læringsnettverk

Helsetilsynet har påpekt manglende samarbeid mellom sykehus, fastlege og hjemmetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet gir tilskudd til drift av flere læringsnettverk. Nettverkene er en arena for gjensidig læring og bidrar med faglig påfyll og verktøy for forbedringer. Læringsnettverk

kan bidra til kvalitetsheving gjennom bedre samhandling og at ny kunnskap og metoder tas i bruk. Det er etablert to læringsnettverk, ett nasjonalt læringsnettverk for helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp for eldre og kronisk syke og ett for personer med psykisk helse- og/eller rusproblemer. Arbeidet i læringsnettverkene vil særlig rettes mot utfordringene beskrevet i primærhelsetjenestemeldingen med utvikling av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov og gode forløp på tvers av nivåene.

Oppfølging av Arianson-utvalget

Helse- og omsorgsdepartementet har startet arbeidet med oppfølging av Arianson-utvalget, NOU 2015: 11 Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Utvalget har fremmet omlag 50 forslag til tiltak rettet mot pasienter og pårørende, tjenesten, tilsyn og meldeordninger. I tillegg fremmet utvalget forslag til hvordan en undersøkelseskomisjon bør etableres organisatorisk og juridisk.

Innstillingen fra utvalget har vært på høring, og det kom inn rundt 80 høringssvar. Regjeringen tar sikte på å legge fram for Stortinget en lovproposisjon med en meldingsdel før sommeren 2017.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Stortingsmeldingen gir et overordnet innblikk i status og utfordringer og inneholder ikke forslag til nye tiltak. Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten og skal føre til bedre helse i befolkningen, mer tilfredse brukere og pasienter og bedre ressursutnyttelse. Arbeidet for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet skal skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 16. desember 2016 om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 blir sendt Stortinget.

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

Internett: www.publikasjoner.dep.no

E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Privat sektor:

Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub

E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Kord AS

Trykk: 07 PrintMedia – 12/2016

