DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2020–2021)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2020–2021)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

Innhold

1 Åpenhet, læring og forbedring – til beste for pasientene 5
1.1 Meldingens oppbygging og innhold 9

Del I Sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet 11

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv ... 13
2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling 13
2.2 Commonwealth Fund 16

3 Pasient- og brukerombudene ... 17
3.1 Utvalgte tema i årsmeldingen 17

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene 21
4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering 21
4.1.1 Landsomfattende tilsyn i 2019 21
4.1.2 Varsler om alvorlige hendelser 22
4.1.3 Særskilte tema 23

5 Statens undersøkelseskommisjon 26
5.1 Hovedtrekk i årsmeldingen 26
5.2 Særskilte tema 26

6 Norsk pasientskadeerstatning 28
6.1 Hovedtrekk i årsrapporten 28
6.2 Særskilte tema 28

7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 30
7.1 Helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus og i sykehjem 31
7.1.1 HAI i sykehus 31
7.1.2 HAI i sykehjem 32
7.1.3 Omfanget av pasientskader ved norske somatiske sykehus målt ved Global Trigger Toolmetoden 32
7.2 Antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester 33
7.2.1 Forbruk av antibiotika i sykehus 33
7.2.2 Antibiotikabruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste 34
7.3 Kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester 35
7.3.1 Årsverk med fagutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 36
7.3.2 Tilsyn av lege på sykehjem 36
7.3.3 Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem 37
7.3.4 Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem 37
7.3.5 Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende 38
7.4 Pasient- og brukererfaringer 38
7.4.1 Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker 38
7.4.2 Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre 38
7.4.3 Brukererfaringer med fastleger ... 39

8 Helseatlas 40

Del II Oppsummering 43

9 Departementets oppsummering 45
9.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene 45
9.2 Mål og virkemidler 46
9.2.1 Etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring 47
9.2.2 Oppfølging av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring ... 51

10 Økonomiske og administrative konsekvenser 54

Vedlegg
1 Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier 55

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2020–2021)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 11. desember 2020, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)

1 Åpenhet, læring og forbedring – til beste for pasientene

Bedre kvalitet og styrket pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten er prioriterte mål for regjeringen. Dette er grunnleggende i arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste. Det betyr at pasienter og brukere skal få rask, trygg og god hjelp når de trenger det og skal oppleve å være en likeverdig part. Vi har en god helse- og omsorgstjeneste i Norge, og de aller fleste er fornøyde med de tjenestene de får. Samtidig har vi utfordringer.

Regjeringen vil legge følgende mål til grunn for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet:

- Pasientens helsetjeneste
- Åpenhet, læring og forbedring
- Målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet

Hovedformålet med de årlige stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet har vært å identifisere og belyse områder med risiko og utfordringer. Slik skal meldingene bidra til større åpenhet og et bedre grunnlag for fortsatt innsats for kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Meldingen for 2019 legges fram i en tid da vi står midt i en pandemi. En samlet helse- og omsorgstjeneste har måttet legge om store deler av sin virksomhet for å forebygge og håndtere smitte. Koronautbruddet våren 2020 preget raskt samfunnet i stort og fikk konsekvenser for helse- og omsorgstilbudene. Denne meldingen omhandler status for kvalitet og pasientsikkerhet i 2019, men gir også en kort omtale av hvordan covid-19 kan ha påvirket kvalitet og pasientsikkerhet så langt.

De årlige stortingsmeldingene gir ikke et fullstendig bilde av status for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren, men oppsummerer erfaringer fra noen sentrale kilder. Årsrapportene fra blant andre Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatning gir vesentlig informasjon som det er viktig å være kjent med i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Meldingen angir status for kvalitet og pasientsikkerhet slik det kommer til uttrykk i disse årsmeldingene og rapportene. Nytt for 2019-meldingen er at også Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) tas med som egen kilde. Ukom skal undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold for å bedre pasient- og brukersikkerheten

i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten med undersøkelsene er å utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger for å bidra til læring og forebygging av alvorlige hendelser.

Mye gjøres for å styrke kunnskapsgrunnlaget og tilgjengeliggjøre data både fra pasientene og helse- og omsorgstjenesten. Tilgang til kunnskap og data som forteller oss hvordan det oppleves å være bruker, pasient og pårørende, er grunnleggende i alt kvalitetsforbedringsarbeid. Pasienterfaringsundersøkelsene gir nyttig kunnskap på stadig flere områder. Folkehelseinstituttet videreutvikler disse undersøkelsene og sørger blant annet for at resultater publiseres hyppigere slik at tjenestene mer aktivt kan bruke disse i sitt forbedringsarbeid. Også erfaringskonsulentene kan bidra med sin kunnskap og erfaringer.

Teknologien utvikles i et raskt tempo. I Nasjonal helse- og sykehusplan satt vi et tydelig mål om å ta i bruk teknologi for å flytte tjenestene hjem til pasienten. Med utbruddet av covid-19 har behovet for videokonsultasjoner og digital oppfølging skutt fart. Helse- og omsorgstjenesten har gjort et stort digitalt løft. Teknologien ga viktige bidrag til samfunnets beredskap for å kunne opprettholde viktige tjenester under pandemien. Dette er fremskritt med stor verdi både for pasientene og for helse- og omsorgstjenestene, og en utvikling som må videreføres også etter koronakrisen.

Fortsatt utvikling og tilgjengeliggjøring av kunnskap er viktig. Selv om vi mangler kunnskap på enkelte områder, må ikke det hindre oss i det løpende kvalitetsforbedringsarbeidet. Det viktigste budskapet er at vi aktivt må ta i bruk den kunnskapen vi allerede har for å styrke tilbudet i helse- og omsorgstjenesten til beste for brukerne og pasientene.

Dette er den syvende meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som regjeringen legger fram. Samlet har vi gjennom de årlige meldingene mye informasjon om status gjennom de siste syv årene. De årlige meldingene har gjennomgående vist at Norge i internasjonal sammenheng har høy forventet levealder og gode resultater på overlevelse ved behandlingsbare tilstander. Samtidig er det rom for forbedringer når det gjelder informasjon, tilgjengelighet, medvirkning og pasientsikkerhet. I meldingene er det avdekket at mangelfull samhandling, koordinering, kommunikasjon og medvirkning bidrar til pasientskader, unødvendig ventetid og ekstra belastning for pasienter og brukere.

Større åpenhet om og bruk av den kunnskapen vi har og stadig utvikler, er grunnleggende i det systematiske og målrettede arbeidet for å skape pasientens helsetjeneste og en helse- og omsorgstjeneste av høy kvalitet. Det konkrete kvalitetsforbedringsarbeidet skjer ute i helsetjenestene, nær pasientene. Regjeringen understøtter dette arbeidet gjennom gode rammebetingelser. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, gir gode rammer for det systematiske arbeidet på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten.

Konsekvenser av koronapandemien for kvalitet og pasientsikkerhet

Koronapandemien har store konsekvenser for alle deler av samfunnet, både ved dødsfall, helsetap, og økonomiske og andre samfunnsmessige skadevirkninger. Det er for tidlig å si hvordan covid-19 har påvirket kvalitet og pasientsikkerhet i Norge i 2020 og hvilke konsekvenser pandemien kan få framover. I det følgende gis likevel en omtale av hvordan covid-19 kan utfordre kvalitet og pasientsikkerhet for ulike pasient- og brukergrupper og pårørende, samt for tjenestetilbudet.

Koronaviruset fører til luftveisinfeksjon og kan gi alt fra milde symptomer til alvorlig sykdom og i sjeldne tilfeller død. Noen utvikler ingen symptomer. Det gjelder særlig barn og yngre voksne. Risikoen for alvorlig sykdom øker med alder og underliggende sykdommer. I gruppen med moderat eller høy risiko inngår blant andre beboere i sykehjem, personer i høyere aldersgrupper og med kronisk sykdom som diabetes og lungesykdom og pasienter med alvorlige helsetilstander. Det finnes ennå ingen vaksiner mot eller legemidler for behandling av covid-19. Bruk av respiratorstøtte er aktuelt hos kritisk syke pasienter på intensivavdeling.

Den økende smitten høsten 2020 har særlig rammet deler av innvandrerbefolkningen. Andelen koronasmittede innvandrere har i perioder vært større enn i resten av befolkningen, og innvandrere har også vært overrepresentert blant de mest syke. Det er en utfordring at informasjonen fra myndighetene ikke når fram til, eller blir forstått og etterlevd av, en del innvandrere. Trangboddhet blant en del innvandrere fører til at karantenereglene kan være vanskelige å følge.

Pandemien har hatt en rekke konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene. Den har stilt ekstraordinære krav til helsepersonellet som fikk ansvar for testing og behandling av pasienter med covid-19 eller mistanke om dette, og for å ivareta godt smittevern for pasienter og ansatte. Særlig i

den første tiden skulle tiltak gjennomføres raskt og planer for videre arbeid etableres under stor usikkerhet, både om virusets konsekvenser og utviklingen i pandemien. Samtidig skulle ordinære oppgaver ivaretas på best mulig måte.

12. mars ble det besluttet omfattende kontaktreduserende tiltak i samfunnet for å slå ned den begynnende epidemien. Tiltakene har hatt negative ringvirkninger med tidvis nedstengning og redusert kapasitet og et redusert helse- og omsorgstilbud. Konsekvenser av utsatte og avlyste konsultasjoner og bortfall av tjenester vil kunne ramme hele befolkningen, men særlig sårbare pasient- og brukergrupper og pårørende. Brukere med sammensatte behov som trenger flere ulike tjenester er særlig utsatt ved reduksjon i tjenestetilbudene.

Aktivitetsreduksjonen i mars og april 2020 viste seg gjennom endringer i blant annet antall gjennomførte konsultasjoner, ventetider, pre-operativ liggetid, andel tvangsinnleggelser og korridorpasienter. Ordninger som vurderingsgarantier og fristbrudd ble for en periode satt til side. Det kan få betydning for utviklingstallene i 2020. Antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten hadde et fall i mars og april, men fra midten av mai var henvisningsraten tilbake til normalt nivå. Store deler av aktiviteten i helse- og omsorgstjenesten ble gradvis gjenopptatt før sommeren 2020, i samsvar med endringer i smitteutviklingen. Statistikk som viser endringer i antall pasienter i pakkeforløp for kreft og for psykisk helse og rus vil kunne bidra til å belyse følger av covid-19 for disse pasientgruppene.

I forbindelse med nedstengning og omprioritering av oppgaver og ressurser, er personell omdisponert for å håndtere epidemien. Oppgaver og arbeidstid både i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten har vært endret. Koronarelaterte oppgaver som testing, behandling og oppfølging av covid-19-syke pasienter, kan ha ført til stor arbeidsbelastning for enkelte grupper helsepersonell, for eksempel helsepersonell med kompetanse i å håndtere kritisk og alvorlig syke pasienter på respiratorbehandling. Ved endring av arbeidsoppgaver og stor arbeidsbelastning er det lettere å gjøre feil, som for eksempel ved legemiddelhåndtering. Slike mulige konsekvenser må vurderes nærmere i lys av kommende rapporteringer og med tanke på å forbedre rutiner og beredskap for framtidige kriser.

Det er i stor grad de eldste og de med kroniske sykdommer som er mest utsatt for alvorlige forløp. Det er derfor viktig å vurdere tiltak for å beskytte disse gruppene. For å skjerme beboere på sykehjem er det løpende gjort utredninger, gjennomført tiltak og gitt nasjonale anbefalinger. Begrensninger i sosial kontakt kan være viktig for å skjerme sårbare grupper for smitte, men samtidig er det viktig å forhindre sosial isolasjon, ensomhet og økt belastning på pårørende. Besøksanbefalingene omfatter blant annet råd om smitteverntiltak som skal gjennomføres ved besøk i alle helse- og omsorgsinstitusjoner, og vurderingskriterier for når besøk bør reguleres/begrenses. Anbefalingene omfatter både situasjoner med lite smitte og situasjoner med lokale smitteutbrudd.

Som følge av pandemien har sykehusene måttet bygge opp beredskap for å behandle pasienter med covid-19 i tillegg til andre pasientgrupper. Sykehusene måtte i en periode hvor situasjonen var uavklart ta ned den normale virksomheten for å sikre tilstrekkelig beredskap for håndtering av pasienter med covid-19 og for å hindre mulig smittespredning. Dette medførte at mange pasienter fikk utsatt sin utredning eller behandling. Initialt var mange ansatte i karantene. Samtidig opplevde sykehusene en stor nedgang i antall henvisninger fra fastleger. Fastlegene opplevde også færre ordinære pasienthenvendelser. Flere konsultasjoner ble gjennomført på telefon og video.

På grunn av pandemien måtte sykehusene etablere nye rutiner og drive med omfattende forebyggende tiltak for å hindre smitte og smittespredning blant ansatte og pasientgrupper. Slike tiltak var også viktige i et pasientsikkerhetsperspektiv. Som eksempel kan nevnes at pasientene ble kontaktet på forhånd med spørsmål rundt symptomer og om konsultasjonen kunne gjennomføres på telefon eller video. Det ble innført adgangskontroll og bemanning ved sykehusenes inngange, og pasienter som kom til poliklinisk konsultasjon/innleggelse ble vurdert med tanke på risiko for covid-19-sykdom og smitte. Det ble satt strenge begrensninger på besøkende til sykehusene. De fleste pasienter ble koronatestet i forbindelse med innleggelse. Covid-19-positive pasienter ble samlet for å unngå smittespredning til andre pasienter.

Endringene i helse- og omsorgstjenestetilbudet kan også ha ført til at pasienter og brukere har nølt med å ta kontakt med tjenestene. Hvilke konsekvenser dette kan ha er for tidlig å si.

Etterlevelsen av smittevern- og hygienetiltak mer generelt i befolkningen har med stor sannsynlighet bidratt til en reduksjon i blant annet luftveissykdommer og således til en bedre allmenntilstand blant mange.

Utfordringene som avdekkes i denne meldingen som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet 2019 er viktige fordi mange av disse trolig blir forsterket gjennom pandemisituasjonen. Samtidig har vi gjennom pandemisituasjonen sett at helsepersonell og tjenesten har mobilisert, samarbeidet og gjort nødvendige endringer for å møte utfordringene. Vi er fortsatt midt i en pandemi når denne stortingsmeldingen legges fram. De faktiske konsekvensene for kvalitet og pasientsikkerhet er noe som blir viktig å følge med på og evaluere framover.

Regjeringens håndtering av koronapandemien

Regjeringen har håndtert koronautbruddet med det formål å slå ned og ha utbruddet under kontroll, ved hjelp av grunnleggende smitteverntiltak for å unngå smitte, samt utstrakt testing, isolering, sporing og karantene (TISK-strategi). Regjeringen har samtidig jobbet systematisk med å skaffe vaksine for å sikre befolkningen immunitet mot viruset. Andre sentrale tiltak er å bygge opp helse- og omsorgstjenestens kompetanse, anskaffe beskyttelsesutstyr, bygge opp lagre av legemidler og planlegge nødvendig intensivkapasitet. Mange tiltak er iverksatt for å nå fram til innvandrerbefolkningen, blant annet er informasjon om covid-19 oversatt til ulike språk, og råd er innhentet gjennom møter med flere innvandrerorganisasjoner. Strategi og tiltak vurderes jevnlig basert på oppdaterte risikoanalyser og erfaringer.

Det er et viktig prinsipp at alle store hendelser skal evalueres. Regjeringen har, etter dialog med partiene på Stortinget, nedsatt en uavhengig kommisjon som skal evaluere myndighetenes håndtering av koronapandemien på en grundig og helhetlig måte. Kommisjonen skal se på både beredskapen i forkant av pandemien og hvordan krisen er håndtert. I tillegg skal alle deler av helse- og omsorgstjenesten, som vanlig, planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere egen virksomhet slik at tjenesten er faglig forsvarlig. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver hvilke oppgaver plikten til å evaluere innebærer. En gjennomgang av egen håndtering av pandemien vil være et naturlig og sentralt tema i en slik evaluering. Erfaringene så langt er at vi har gode systemer, strukturer og planer, men at vi har vært sårbare ved forsyningssvikt av blant annet beskyttelsesutstyr, respiratorer og legemidler. Intensivkapasitet har vært en annen utfordring. Med utgangspunkt i disse erfaringene er helsemyndighetene i gang med, og vil fortsette arbeidet med å bygge opp beredskapslagre av legemidler og utstyr samt utvikle systemer for raskt å kunne øke intensivkapasiteten ved behov. Erfaringene må brukes løpende i tiden framover til å videreutvikle den samlede beredskapen. Å ta vare på de ansatte og å sikre kvalitet og pasientsikkerhet for pasienter og brukere er en viktig del av dette. Omstillingsevnen og endringskompetansen som er blitt vist under pandemien gir læring og erfaringer som må videreføres og brukes til å håndtere framtidige utfordringer.

Det vises også til Prop. 1 S (2020–2021) Helse- og omsorgsdepartementet for omtale av pandemien og økonomiske konsekvenser.

Regjeringens arbeid

Regjeringen arbeider med bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom oppfølging av en rekke stortingsmeldinger, proposisjoner og handlingsplaner. Et utvalg av disse er kort omtalt i det følgende.

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er behandlet i Stortinget og følges nå opp. I tråd med denne etablerer kommuner og helseforetak helsefellesskap som kan bidra til at en sammen med brukere og fastleger legger bedre til rette for å utvikle og planlegge tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helseforetakene skal lage nye utviklingsplaner i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan. Samhandling, teknologi, psykisk helse og kompetanse blir viktige områder.

Arbeidet med oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten (2020–2024) er i gang. Gjennom 17 konkrete tiltak er målet å gjøre allmennlegetjenesten til en trygg og attraktiv karrierevei for leger, sikre god kvalitet til alle brukere og legge til rette for en teambasert tjeneste. Igangsatte tiltak har allerede vist god effekt på blant annet rekruttering av fastleger og utprøving av teambaserte fastlegepraksiser. Arbeidet med å konkretisere et system for kvalitet og pasientsikkerhet for allmenlegetjenesten påbegynnes mot slutten av 2020.

Regjeringen la i 2019 fram en strategi med formål å øke helsekompetansen i befolkningen. Dette gjøres blant annet gjennom målrettet arbeid om helsekompetanse og ved å utvikle en helse- og omsorgstjeneste som er utformet for å kunne ivareta og gjøre folk helsekompetente. Som en oppfølging av strategien pågår det en nasjonal undersøkelse om helsekompetanse i befolkningen.

Mer valgfrihet, økt kompetanse og et bedre tilbud til barn og unge er viktige innsatsområder i den første stortingsmeldingen om lindrende behandling og omsorg ved livets slutt som ble lagt fram våren 2020.

For å bedre velferdstjenestene for utsatte barn og unge med behov for sammensatte tjenestetilbud, sendte Arbeids- og sosialdepartementet, Barne- og familiedepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunal- og moderniseringsdepartementet og Kunnskapsdepartementet ut et høringsnotat høsten 2020. Formålet med endringsforslagene er å styrke oppfølgingen av utsatte barn og unge og deres familier gjennom økt samarbeid mellom velferdstjenestene.

Fra 1. september 2020 er det etablert et koordinerende pasient- og brukerombud som skal forsterke samarbeidet mellom alle de 15 lokale ombudene og bidra til at tilbudet til pasienter og brukere blir bedre og likere.

På verdensdagen for selvmordsforebygging 10. september 2020, la Regjeringen fram Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025 *Ingen å miste.* I planen innfører regjeringen nullvisjon for selvmord i Norge. Nullvisjonen skal blant annet bidra til at det arbeides mer kunnskapsbasert og systematisk med selvmordsforebygging. Planen har både et befolkningsperspektiv og et tjenesteperspektiv og har flere tiltak for økt kompetanse og økt kvalitet i tjenestene.

Regjeringen la i Prop. 1 S (2020–2021) 7. oktober 2020 fram regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten, Kompetanseløft 2025. Kompetanseløft 2025 er et virkemiddel i arbeidet med å utvikle en framtidsrettet og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil blant annet fremme kommunenes evne til omstilling og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, øke tilgjengelighet og kapasitet, styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten spesielt til brukere med omfattende behov, fremme god helse og livskvalitet og redusere sosiale forskjeller i helse.

Regjeringen legger høsten 2020 fram en samlet strategi og handlingsplan om pårørende (2021–2025). Et godt samarbeid med pårørende er av stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Pårørende står også for en betydelig andel av den uformelle omsorgen i samfunnet. Pårørende er viet stor plass i Granavolden-plattformen. Regjeringen vil blant annet at pårørende skal anerkjennes som en ressurs i helse- og omsorgstjenesten samt bidra til å fremme gode tilbud for pårørende i krevende omsorgssituasjoner.

Demensplan 2025 legges fram høsten 2020 og er regjeringens femårsplan (2021–2025) for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Det overordnede målet er å bidra til et mer demensvennlig samfunn. Kvaliteten på tjenestetilbudet prøves i møtet mellom den ansatte og den enkelte tjenestemottaker. Tjenester av god kvalitet sikres gjennom gode systemer for personsentrert omsorg, der faglig kompetente medarbeidere møter den enkelte med respekt og verdighet og som kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis.

1.1 Meldingens oppbygging og innhold

Denne meldingen omhandler kvalitet og pasientsikkerhet for 2019. Meldingens Del I oppsummerer 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, Helseatlas, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer.

Meldingens del II oppsummerer hovedtrekkene som er identifisert i del I. Basert på gjennomgående utfordringer, angis mål og virkemidler i kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet.

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

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

Internasjonale målinger av kvalitet og pasientsikkerhet er viktig for å sammenligne helsesystemer. De kan også brukes til å videreutvikle kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i de enkelte land. Resultatene fra slike sammenligninger må brukes med varsomhet ettersom rapportering og datainnhenting kan være ulik i de forskjellige landene, og det er statistisk usikkerhet knyttet til målingene. Erfaringer og forbedringer i beregningsmåter og datainnhenting gir stadig mer pålitelig informasjon. Nedenfor gis en oversikt over norsk kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv, basert på informasjon fra Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) og Commonwealth Fund (CMWF).

2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling

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 publiserer oversikter innen ulike policy-områder, og annethvert år utgis en rapportserie med informasjon om helse og helsesystem for medlemslandene i OECD. Den siste rapporten ble publisert rett før årsskiftet 2019/2020: «Health at a Glance 2019: OECD Indicators». Den er basert på tilgjengelige data fra 44 OECD-land, og bruker de ferskeste data fra tidsperioden 2015 og fram til juni 2019. I det følgende oppsummeres hovedfunnene for Norge sammenlignet med disse landene.

Helsetilstanden i Norge er god slik det også har vært rapportert de foregående år. Forventet levealder er høy, det er lav dødelighet av behandlingsbare tilstander[1], lav dødelighet etter slag og hjerteinfarkt og god fem års overlevelse etter kreft med unntak av barneleukemi. Imidlertid er det forhøyet dødelighet for personer med visse psykiske lidelser. Norge er blant beste tredel for ti av 33 indikatorer som rapporteres, midtre tredel for 14 indikatorer og dårligste tredel for ni indikatorer. Resultater for Norge for OECD-indikatorene er vist i en tredelt rangering i figur 2.1.

Det er særlig utfordrende å finne gode mål for å sammenligne primærhelsetjenester mellom ulike land. OECD benytter en kombinasjon av spørreskjemaundersøkelse for pasienterfaringer, samt registerdata som et indirekte mål på kvaliteten i primærhelsetjenesten. Ved å måle innleggelser på sykehus for kronisk syke pasienter, ønsker en å se om pasienter som får god oppfølging i primærhelsetjenesten, sjeldnere legges inn på sykehus for behandling av tilstanden. OECD har undersøkt innleggelsesfrekvens for astma, KOLS, diabetes og kronisk hjertesvikt. Når det gjelder innleggelsesfrekvens for diabetes, er Norge blant de beste landene med få sykehusinnleggelser. For kronisk hjertesvikt og den sammensatte indikatoren for astma og KOLS, ligger Norge nær snittet. Det har vært en nedgang i andelen pasienter med diabetes som må amputere et ben eller en fot sammenlignet med resultatet i 2012. Norge ligger nå nær snittet for denne indikatoren. Norge tilhører også den midtre tredel for indikatoren som angir andel diabetespasienter som bør få blodtrykksenkende middel.

OECD undersøker variasjon i forskrivning av legemidler. Registrering av legemiddelvolum avhenger av hvem som forskriver. Noen land inkluderer bare forskrivninger fra fastleger, som Østerrike, Latvia, Estland, Polen, Spania og Sverige, mens Norge, Canada, Finland, Italia og Sør-Korea også inkluderer volum fra spesialister i praksis utenfor sykehus. Norge ligger nær snittet for totalvolumet av antibiotikaforskrivninger, mens volumet av bredspektret antibiotika, er svært lavt for Norge og de øvrige skandinaviske landene. Volumet av opiodforskrivninger er imidlertid høyt, og Norge tilhører den tredelen med høyest volum.

OECD rapporterer også fra Commonwealth Funds undersøkelse om pasienters erfaringer med primærlegene, jf omtale av undersøkelsen nedenfor. Norge er blant de land som har høyest

[1] Eurostat har utviklet indikatorer som viser omfanget av dødsfall som kan unngås ved henholdsvis folkehelsetiltak og helsetjenestetiltak.

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Forventet levealder			✓
Død av behandlingsbare tilstander			✓
Innleggelse astma og KOLS		✓	
Innleggelse kronisk hjertesvikt		✓	
Innleggelse diabetes			✓
Forskrivning til diabetikere som har behov for blodtrykksenkende midler		✓	
Ben- og fotamputasjon hos diabetikere		✓	
Forskrivning av opiater, totalvolum	✓		
Forskrivning av antibiotika, totalvolum		✓	
Legen har nok tid med pasienten	✓		
Legen gir forståelig informasjon til pasienten	✓		
Pasientmedvirkning i behandlingen	✓		
30 dagers overlevelse akutt slag i og utenfor sykehus			✓
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI i og utenfor sykehus			✓
Ventetider hoftebrudd			✓
Lungeemboli og dyp venetrombose i forbindelse med kne- og hoftekirurgi		✓	
Komplikasjoner ved kirurgi, gjenglemt gjenstand i kropp		✓	
Infeksjon som følge av behandling i helsetjenesten		✓	
Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument			✓
Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument		✓	
Selvmord på sykehus, pasienter med psykisk lidelse		✓	
Forhøyet dødelighet for pasienter med bipolar lidelse og schizofreni	✓		
Andel pasienter med psykiske lidelser som rapporterer å bli behandlet med høflighet og respekt	✓		
Påvist brystkreft i tidlig stadium			✓
Fem års overlevelse brystkreft		✓	
Andel personer testet for blod i avføring	✓		
Fem års overlevelse tykktarmskreft			✓
Fem års overlevelse endetarmskreft			✓
Fem års overlevelse magekreft		✓	
Fem års overlevelse lungekreft		✓	
Fem års overlevelse leukemi hos barn	✓		
Andel 1-åringer vaksinert for difteri, stivkrampe, kikhoste, meslinger og hepatitt B		✓	
Andel 65 år og eldre som er influensavaksinert	✓		

Helsesystem	Pasientsikkerhet
Primærhelsetjenester	Kreftbehandling
Akutte tjenester	Smittsomme sykdommer

Figur 2.1 Norges resultater i en tredelt rangering av OECD-landene: dårligst/midtre/beste tredel. «Health at a Glance 2019: OECD Indicators»[1]

[1] Akutte innleggelsestilstander i primærhelsetjenesten (astma og KOLS, kronisk hjertesvikt, diabetes, amputasjon) er tilstander som i stor grad antas å kunne vært forebyggbare av primærhelsetjenesten.

andel pasienter som er mindre fornøyd med fastlegene. Det gjelder både med hensyn til hvor mye tid de bruker på pasientene, hvor gode forklaringer de gir og pasientenes opplevelse av å bli involvert i beslutninger i behandlingen.

Som mål på kvaliteten på akutte tjenester måles dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse for hjerneslag og hjerteinfarkt. Norge er blant de land som har klart lavest dødelighet etter sykehusopphold for pasienter med disse til-

standene. Alle landene kan presentere dødelighet på sykehus. Kun enkelte land, deriblant Norge, kan følge pasienten etter sykehusinnleggelsen. Det gjør det mulig å måle overlevelse innen en standardisert periode slik som innen 30 dager og gir et bedre mål på kvaliteten i hele pasientforløpet. Norge er, sammen med Danmark, også blant landene som har høyest andel av hoftebruddpasienter som blir operert innen to døgn.

I Health at a Glance-rapporten for 2019 publiseres to indikatorer for pasientsikkerhet ved kirurgiske inngrep, to indikatorer for komplikasjoner ved fødsel samt en generell indikator for behandling i helsetjenesten. Det er vanskelig å finne gode sammenlignbare data for pasientsikkerhet ettersom det er forskjeller i hvordan ulike land registrerer diagnoser og prosedyrer, og det gjelder særlig koder knyttet til pasientsikkerhet. Indikatorer for pasientsikkerhet skal måle hendelser og utfall som forekommer sjelden, og dermed er det større usikkerhet knyttet til dataene og også hvordan en kan tolke resultatene. Gode resultater er ikke ensbetydende med god pasientsikkerhet, det kan være manglende rapportering. Dårligere resultat kan skyldes bedre prosedyrer for å registrere hendelser og uheldige utfall, og/eller en kultur for større åpenhet om uønskede hendelser.

Norge ligger nær snittet når det gjelder indikatoren for forekomst av registrert postoperativ blodpropp i lunge og ben etter kne- og hoftekirurgi. Imidlertid behandles postoperativ blodpropp poliklinisk i Norge, og disse er ikke inkludert i undersøkelsen. Dermed er det en underrapportering fra Norge, og det er ingen oversikt over hvilke andre land som også har systematisk underrapportering av forekomst.

«Never-events» er hendelser som det skal være mulig å unngå helt. En slik hendelse er gjenglemt gjenstand i pasienten etter operasjon, hvor Norge skårer middels med drøyt fire tilfeller av gjenglemte gjenstander per 100 000 innleggelser. Gjenstander og utstyr blir hyppigst gjenglemt i forbindelse med kirurgi innen ortopedi, mage-/tarm-lidelser, fødselshjelp og kvinnesykdommer, kreft og øre-nese-halssykdommer. Norge tilhører også den midtre tredel for indikatoren som viser andel pasienter som har pådratt seg en infeksjon under behandling på sykehus.

OECD har valgt å rapportere fødselsskader hos mor, og rapporterer samme indikator for to kategorier av fødsler: kompliserte og ukompliserte fødsler (fødsler med eller uten bruk av fødselsinstrument som tang/kopp). For fødsler hvor en har tatt i bruk fødselsinstrument, er Norge blant de land som rapporterer minst skader. For vanlige fødsler uten bruk av fødselsinstrument er forekomsten av skader noe høyere, og på snittet i OECD.

OECD ønsker også å utvikle indikatorer for psykisk helse som kan benyttes til internasjonale sammenligninger. De har valgt å undersøke forhøyet dødelighet for pasienter med alvorlige psykiske sykdommer. Norge har den høyeste raten for pasientgruppen med schizofreni-diagnose og pasientgruppen med bipolar lidelse. Når det gjelder selvmord på sykehus for pasienter med psykiske lidelser, så tilhører Norge den midtre tredel av landene. Andelen i denne pasientgruppen som oppgir at de blir behandlet med høflighet og respekt, er lavest i Norge og Canada.

Norge skårer i den beste tredel av OECD-landene når det gjelder å påvise brystkreft i et tidlig stadium, og for fem års overlevelse for denne krefttypen hører Norge til den midterste tredel. Norge hører også til den midterste tredel for kreft i magen, mens for kreft i tykk- og endetarm er Norge blant de beste landene målt etter fem års overlevelse. Imidlertid scorer Norge, sammen med Island, dårligst når det gjelder screening for kreft i mage og tarm (blod i avføring). For lungekreft hører Norge til den midtre tredel av landene målt etter fem års overlevelse. For leukemi (blodkreft) hos barn ligger vi like under OECD-snittet selv om Norge da tilhører den tredelen som har lavest overlevelse.

Når det gjelder vaksinasjonsdekning bruker OECD andel ettåringer som er vaksinert for difteri, stivkrampe, kikhoste og meslinger og influensavaksinering av eldre (65 år og eldre). Norge ligger nær snittet for vaksinering av ettåringer. Data fra SYSVAK (det nasjonale vaksineregisteret) er derimot ikke direkte sammenlignbare med andre OECD-land som ofte oppgir estimater eller bruker spørreundersøkelser for målinger av vaksinasjonsdekning for disse vaksinene. I SYSVAK oppgis vaksinasjonsdekning når alle doser er tatt, og med riktig intervall. Derfor kan det av og til framstå som at Norge ligger lavere enn andre land i slike internasjonale rapporter. For influensavaksinasjon tilhører Norge den dårligste tredel av landene, og tallene baseres på spørreundersøkelser gjennomført av SSB. Resultatene i rapporten er fra 2017, hvor det var lavere dekning en det var i sesongen 2018–2019. For sesongen 2018–2019 var dekningen 48 prosent, noe som fremdeles er lavt sammenliknet med mange andre land, men over OECD-snittet. I Norge får helsepersonell dekket influensavaksine av arbeidsgiver, men ellers må befolkningen selv betale. Risikogrupper

får heller ikke dekket utgifter til vaksine og vaksinasjon, og dette vil påvirke hvem som får/tar vaksinen og dermed vaksinasjonsdekningen. Folkehelseinstituttet publiserer oversikter over vaksinasjonsdekning i Norge på nasjonalt, fylkes- og kommunalt nivå.

2.2 Commonwealth Fund

The Commonwealth Fund (CMWF) er en stiftelse i USA som gjennomfører årlige undersøkelser og sammenligninger av helsesystem i en rekke land. Norge har deltatt i undersøkelsene siden 2009, og populasjonen roterer mellom allmennleger, befolkningen og spesifikke befolkningsgrupper. I 2019 gjennomførte CMWF allmennlegeundersøkelsen. I denne ble allmennleger i elleve land invitert til å vurdere hvor godt helsetjenestene i de respektive deltakerlandene fungerte. Undersøkelsen inngår i CMWFs «Health Policy»-program. Landene som deltok i 2019 er de samme som i de tidligere undersøkelsene: Australia, Canada, Frankrike, Nederland, New Zealand, Norge, Sverige, Sveits, Storbritannia, Tyskland og USA. Hovedfunnene fra 2019-undersøkelsen er i samsvar med hovedfunn i tidligere undersøkelser.

Noen av de områdene der Norge skåret bedre enn snittet var allmennlegenes jobbtilfredshet og deres syn på hvordan helsevesenet fungerer: allmennlegene føler seg godt forberedt på å motta ulike komplekse pasientgrupper, og er mer fornøyd enn snittet med elektronisk informasjonsutveksling med andre tjenester og leger (epikriser, laboratoriesvar/diagnostiske prøver og legemidler tatt av enkeltpasient) og rutiner for kommunikasjon med annet helsepersonell som tilbyr hjelp i hjemmet.

Noen av de områdene der Norge skåret dårligere enn snittet var systemer for kvalitetsmåling, elektroniske tjenester for pasienter, blant annet tilgang til egen journal på nettet, og journalsystemets mulighet til å generere ulike typer lister, for eksempel liste over pasienter som skal til eller som er forsinket til prøver eller forebyggende tiltak.

Undersøkelsen viste også at norske allmennleger er mindre fornøyd med sin daglige arbeidsmengde enn snittet av de andre landene, at en langt større andel planlegger å bytte karriere i løpet av de neste tre årene (20 prosent mot 10 prosent), og at norske fastlegekontorer inkluderer andre yrkesgrupper som sykepleiere, psykologer og kliniske ernæringsfysiologer i mindre grad enn i andre land. Videre svarte 68 prosent av allmennlegene i Norge at det er «et stort problem» at pasientene ber om unødvendige prøver og behandlinger, mot 56 prosent i øvrige land.

3 Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudene skal ivareta den enkeltes rettigheter og interesser, og samtidig bidra til økt kvalitet på tjenestene. Ombudenes erfaringer er viktige for å tydeliggjøre svakheter og forbedringspotensial. Det forutsetter en god dialog både med de som mottar og de som yter tjenestene, samtidig som ombudene skal ha et kritisk blikk for feil som begås. Balansegangen er krevende. Ikke minst når det som vil gagne den enkelte, kan bidra til et dårligere tilbud til andre.

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet med til sammen rundt 80 ansatte. Fra 1. januar 2020 fikk ombudene utvidet mandat til også å omhandle den offentlige tannhelsetjenesten.

I likhet med tidligere år mottok pasient- og brukerombudene i 2019 litt over 15 000 nye henvendelser. I 73 prosent av disse henvendelsene ble det opplyst hvilket tjenestested henvendelsen gjaldt. Av disse var det 59 prosent som gjaldt spesialisthelsetjenesten og 41 prosent var knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 18 prosent av sakene gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til noe konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. 8 prosent av henvendelsene omhandlet temaer utenfor ombudenes mandat, som for eksempel NAV.

Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten, som for eksempel forsinket diagnostisering, lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feil behandling, pasientskade, samhandlingsvansker og svikt i pasientforløp, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer. Av alle henvendelsene var 28 prosent spørsmål om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, spørsmål om innsyn i journal eller mangel på medvirkning og informasjon. 17 prosent av henvendelsene gjaldt organisering og rutiner, rot og sommel, lang ventetid, mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom tjenestesteder, lang saksbehandlingstid eller mangelfull saksbehandling.

Pasient- og brukerombudene hadde psykisk helsearbeid i kommunene som et felles fokusområde for 2019. Resultatet av arbeidet er oppsummert her: https://www.helsenorge.no/globalassets/dokumenter/pobo/fokusomrade-2019-pobo-oppsummerende-rapport.pdf.

3.1 Utvalgte tema i årsmeldingen

I pasient- og brukerombudenes omtale av utvalgte tema i felles årsmelding for 2019 framgår følgende:

Ombudene etterlyser igjen bedre informasjon og medvirkning i utforming av tjenester

Mange kommuner sender ut brosjyrer i posten til sine innbyggere med oversikt over hva de kan kreve av standard fra kommunen når det gjelder tekniske tjenester som brøyting, vann og avløp. Kommunene bør på samme måte informere sine innbyggere om helse- og omsorgstjenestene.

Språk og språkforståelse er avgjørende for forsvarlig behandling. Pasient- og brukerombudene er kjent med at anstrengt økonomi brukes som argument for ikke å bruke tolk. Også mangelfulle rutiner for bestilling av tolk, dårlig tilgang på tolketjenester og dårlig kvalitet på tolketjenestene er tema, også fra de ansatte i tjenestene.

Informasjon når noe går galt er fortsatt en mangelvare mange steder. Pasient- og brukerombudene møter pasienter og pårørende som står tilbake i uvisshet og med ubesvarte spørsmål. Dette skaper unødvendige belastninger. En god samtale kan gi nødvendige forklaringer og vise at tjenesten tar det som har skjedd på alvor og arbeider for å hindre at det skjer igjen. I samtalen kan tjenestene også gi lovpålagt informasjon om rett til å varsle til Helsetilsynet, klage til fylkesmannen, kontakte pasient- og brukerombudet og til å søke erstatning. Ombudenes erfaring er at

slike samtaler også er godt for helsepersonellet. Ingen går upåvirket fra uønskede hendelser.

Fastlegeordningen må moderniseres

Av de 2000 henvendelsene ombudene mottok om fastlegeordningen i året som gikk, var hovedinnholdet kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet. Rekrutteringsproblemer og vikarbruk resulterer i at stadig flere ikke har en fastlege. Resultatene av pilotene med primærhelseteam vil være av stor interesse. I tillegg kan ansatte med administrativt ansvar frigjøre tid til mer pasientrettet arbeid. Finansieringsordninger må understøtte en slik utvikling, mener ombudene. For å sikre mer effektive og kvalitativt bedre behandlingsforløp må samhandlingen mellom fastlegene, sykehusene og hjemmetjenesten styrkes, for eksempel ved bruk av felles videokonsultasjoner der det er forsvarlig. I tillegg må arbeidet med økt kvalitet på henvisninger videreføres. Kommunene må ta et større ansvar for å følge opp arbeidet som skjer i fastlegeordningen. Ikke overfor den enkelte pasient, men i oppfølgingen av fastlegeforskriften og annet kvalitetsarbeid.

Økt kompetanse på saksbehandling og klagesaksbehandling etterlyses fortsatt

Retten til å klage skal bidra til å sikre pasienter og brukere likeverdige tjenester uavhengig av hvem du er og hvor du bor. Fortsatt rådes og veiledes noen vekk allerede her, påpeker ombudene. I de tilfeller der det klages og tjenesten opprettholder sin opprinnelige beslutning, er det tjenestens ansvar å sørge for at beslutningen sendes tilsynsmyndighetene for overprøving. Slik kan de få et «utenfrablikk» på egne vurderinger. Også her ser ombudene svikt. Dette gjelder både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Pasient- og brukerombudene ser at det brukes uakseptabel lang tid før saken sendes til fylkesmannen. En klar saksbehandlingsfrist vil kunne bidra til å endre dette.

Saksbehandlingstiden hos flere fylkesmenn er også til dels svært lang. Saker om pasient- og brukerrettigheter, rettighetsklager, skal behandles senest innen tre måneder. Ombudene erfarer jevnlig at det tar både seks og tolv måneder. Ved noen av de sammenslåtte fylkesmannsembetene har ombudene også erfart lengre saksbehandlingstid enn tidligere. Lang saksbehandlingstid er en trussel både mot pasientsikkerheten og rettssikkerheten til pasienter og brukere.

Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene

Informasjonen om tjenestene må bedres. Det bekymrer når pasienter som er innvilget rehabilitering forteller at dette er noe de selv hadde etterspurt, det kom ikke som et tilbud, men som et resultat av deres eget initiativ. Hva med de som ikke etterspør?

Ombudene hører fortsatt om for lite ressurser til rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det er store forskjeller i rehabiliteringstjenesten i kommunene, og for ofte preges tilbudet av lang ventetid, for få fysioterapeuter og ergoterapeuter, og rehabiliteringsprogram som framstår som minimumsløsninger for den enkelte. Pasienter forteller de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden til rehabilitering var for lang.

Mangelfull samhandling er en trussel mot pasientsikkerheten og med kostbare konsekvenser

Mangelfull samhandling er en trussel for pasientsikkerheten og for opplevelsen av trygghet og forutsigbarhet. Det er også dårlig utnyttelse av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenestene. Ulike ordninger er opprettet for å sikre bedre samhandling: koordinator på sykehus, koordinator i kommunen, kontaktlege, pakkeforløp og individuell plan. Likevel pekes samhandlingsproblematikk på som en utfordring i svært mange av henvendelsene til ombudene. Samhandling mellom avdelinger på sykehus, mellom sykehus, mellom kommuner og sykehus og internt i kommunene. Pasienter skrives ut med mangelfull informasjon om hvordan sykehusoppholdet må følges opp. Pasienter transporteres fra sykehus på tidspunkter av døgnet i strid med avtaler inngått med kommunene.

Pasient- og brukerombudene etterlyser større fleksibilitet og velvilje til å samarbeide om og med pasienter på tvers av nivåer i tjenestetilbudene. En forutsetning er at finansieringsordningene understøtter en slik samhandling og at innsatsen rettet mot digitale løsninger for samhandling intensiveres. Dette handler om én innbygger – én journal, men også om økt bruk av for eksempel videokonsultasjoner mellom pasient, fastlege og hjemmetjeneste eller spesialist, og om at ansattes holdning til samhandling må styrkes.

Pasienttransport blir en stadig viktigere del av helsetjenesten

Pasienttransport blir en stadig viktigere del av det totale helsetilbudet. Økt spesialisering medfører behandling fra ulike sykehus og økt behov for transport mellom og til og fra sykehusene. God tilrettelagt transport er helt nødvendig for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp. Ombudene hører om pasienter, oftest om eldre, som sendes hjem fra sykehus på natten. Dette er en praksis alle mener er totalt uverdig. Likevel skjer det. Oftest er forklaringen at det ikke har vært ledig transportkapasitet på annen tid av døgnet. En forklaring som ikke bør godtas. Organiseringen og prioriteringen av pasienter må følges opp. For befolkningen i nord ga 2019 særlige utfordringer. Tilgang til behandling og helsehjelp ved sykdom er livsviktig. Retten til helsehjelp har vi uansett hvor vi bor i landet. For mange har problemene den senere tid skapt engstelse og uro.

Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten

Sykehusene legger regelmessig pasienter på korridor grunnet plass- og logistikkproblemer, til tross for et krav om null korridorpasienter i sine oppdragsdokumenter. Dette er uheldig for pasientene og en utfordring for helsepersonellet. Samtidig er alternativet – å legge pasienten på en annen avdeling – ikke bare en god løsning. En svensk undersøkelse har vist at en slik praksis med utlokalisering øker forekomsten av pasientskader. Utlokalisering forekommer også i Norge, og ble omtalt som et særskilt risikoområde i et læringsnotat fra den norske Meldeordningen i 2016. Fylkesmennene gjennomfører for tiden et landsomfattende tilsyn ved sykehusenes somatiske avdelinger gjeldende dette. Det er viktig at resultatet av disse tilsynene følges opp med konkrete tiltak.

Fører kvalitetsarbeidet til bedre kvalitet og færre uønskede hendelser?

Det er registrert relativt stabile høye tall for andel av pasientskader ved norske sykehus. For 2018 ble det registrert en andel med 11,9 prosent pasientskader ved sykehusinnleggelsene. Vi har ikke tilsvarende kunnskap om omfanget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har nylig gjennomført en undersøkelse for å se hvor stort samsvar det er mellom saker der pasienten har fått pasientskadeerstatning som følge av svikt i behandlingen, og saker som er meldt i avvikssystemene på sykehusene. Undersøkelsen[1] viste relativt store ulikheter mellom de ulike sykehusene som inngikk i undersøkelsen (samsvar mellom 19 og 59 prosent,) og gjennomsnittlig var det samsvar mellom medholdsaker og registrerte avvik i 33 prosent av sakene. Undersøkelsen gir grunn til å reflektere over kvaliteten på det systematiske kvalitetsarbeidet som gjøres. At avvik ikke meldes kan handle om at ansatte ikke har kunnskap eller forståelse for hensikten med å melde avvik, ikke får vite hvordan avviket blir fulgt opp, eller at det mangler arenaer for felles gjennomgang for å sikre organisatorisk læring. Åpenhet rundt uønskede hendelser er mange steder fortsatt en mangelvare. Det er ombudenes oppfatning at mye handler om ledelse, system og kultur.

Er trinnene for høye i den kommunale omsorgstrappen?

Målet er at vi alle skal bo hjemme så lenge som mulig. Vi blir stadig flere eldre, vi lever lengre med flere sykdommer, vi skal være kortere tid på sykehus og vi skal motta hjelp i kommunen. Utrygghet, uforutsigbarhet og et for stort antall hjelpere i hjemmetjenestene er tema i mange klager. For mange er hjemmetjenesten det eneste besøket i løpet av døgnet. Når det klare målet er at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, må også ensomhet og mulighet for sosial kontakt være tema. For mange er det ikke nok at maten settes på bordet. For at de faktisk skal spise den trenger enkelte hjelp, andre litt selskap. Når en vet hvor viktig ernæring er, må også dette være vurderingstema i vedtak om tildeling av hjemmetjenester.

Ombudene mottar også historier om skrøpelige eldre som i sine sykdomsforløp har svært mange forflyttinger. De flyttes mellom hjemmet, legevakten, korttidsplasser, sykehusinnleggelser og kommunale øyeblikkelig hjelp plasser i en stadig runddans. Enkelte i livets siste fase. En svært uverdig praksis.

Fra alle nivå i omsorgstrappen tematiseres utfordringer i forhold til språk. Både personell- og beboergruppen er mer flerkulturell enn tidligere. Dette er en særlig utfordring med eldre pasienter der morsmålet etterhvert er det eneste de forstår.

---

[1] Lenke til rapport: www.npe.no/no/Om-NPE/pasientsikkerhet/rapporter/undersokelse-av-samsvar-mellom-npe-saker-og-saker-i-sykehusenes-meldesystemer/

Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – en ordning med uønskede variasjoner

Sakene pasient- og brukerombudene mottar om BPA-ordningen omhandler både avslag på retten til BPA-ordning og omfang av antall timer. Det dreier seg om vurdering av behov, spørsmål i tilknytning til det å være arbeidsleder og kontroll med antall timer. I flere saker ser ombudene at det er store sprik mellom det behov brukeren melder og det tilbudet kommunen vurderer er tilstrekkelig. Ordningen med BPA har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjeneste, både i omfang og hvordan BPA-ordningen sees i sammenheng med andre tjenester. Så stor at enkelte brukere velger å flytte til kommuner med bedre tilbud. BPA-ordningen er av vesentlig betydning for mange personer med stort hjelpebehov. Erfaringen er at ordningen ikke i tilstrekkelig grad sikrer formålet om uavhengig liv, likeverd og frihet.

Tilbudet til psykisk syke og til rusavhengige – gjøres det nok og gjøres de riktige tingene?

«Mennesker som strever med psykiske lidelser og rusavhengighet lever opptil 20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt. En viktig grunn til dette er at de ikke får god nok utredning og behandling av somatisk sykdom.» Det er helse- og omsorgsminister Bent Høie ombudene siterer. Virkeligheten han beskriver må få større betydning for hvordan samfunnet tilbyr helse- og omsorgstjenester til denne pasientgruppen.

Mange har også problemer med bolig og økonomi. Noen har behov for bemannet bolig. Dersom livssituasjonen til den enkelte skal bli stabilt bedre, må også disse behovene kartlegges og avhjelpes.

Pasienter med samtidig rus- og psykisk sykdom, ROP-pasienter, erfarer mangelfullt samarbeid mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Pårørende forteller om økt belastning og ansvar.

Terskelen for å be om hjelp for psykisk sykdom er høy for mange. Heldigvis reduseres skammen som mange forbinder med psykisk sykdom, blant annet som følge av åpenhet fra stadig flere enkeltmennesker. Men redusert skam og et budskap om «å snakke med noen» er ikke nok. Pasienter, ansatte i helse- og omsorgstjenesten, pasientorganisasjoner og Legeforeningen ber om tiltak for å redusere antallet pasienter som får avslag på behandling. En pasient som uttrykte fortvilelse over å oppleve seg som en kasteball mellom tjenestenivåene sa det slik: «Kommunen og spesialisthelsetjenesten krangler om hvem som skal ha ansvaret for meg, og det vil jeg slippe å gjennomgå en gang til.» For de som har utviklet en psykisk lidelse er det viktig å motta god og omsorgsfull hjelp, uavhengig av om tjenesten gis på kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten.

For denne pasientgruppen, som for andre, er helheten i behandlingstilbudet avgjørende for resultatet. Den totale livssituasjonen, inkludert pasientens somatiske helse, må ha fokus for at hjelpen skal være forsvarlig.

Pårørende – en uvurderlig ressurs

Pasient- og brukerombudene får ofte henvendelser fra pårørende til pasienter og brukere.

Pårørende er en svært viktig og helt nødvendig ressurs, for den enkelte som har behov for hjelp og for samfunnet som sådan. Pårørende har ofte svært nyttig informasjon som kan være et gode for pasienten, og som kan forebygge uønskede hendelser.

Retten til gratis tannhelsetjeneste er for mange en skjult hemmelighet

Pasient- og brukerombudenes mandat ble per 1.1.2020 utvidet til også å omfatte offentlige tannhelsetjenester. Allerede før endringen i mandatet fikk ombudene en del henvendelser om tannhelsetjenester, og dette ønsker pasient- og brukerombudene å følge opp mer aktivt. I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester har pasienter i helseinstitusjoner eller pasienter som tar imot helsetjenester i hjemmet, som er finansiert direkte over offentlige budsjetter, rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester under visse forutsetninger. Her mangler det informasjon og oppfølging fra kommunen. Det kan ikke være opp til den enkelte alene å kjenne og etterspørre dette.

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene

Statens helsetilsyn skal bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i tjenestene, og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Tilsynsmyndighetene er Statens helsetilsyn og fylkesmennene. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. Det overordnede tilsynsansvaret innebærer å ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter. Som overordnet myndighet er det også Statens helsetilsyns ansvar å ha god faglig styring av tilsynet med tjenestene. Det innebærer å koordinere og harmonisere gjennomføringen av tilsynet, og legge til rette for at tilsynsmyndighetene vedlikeholder og styrker sin kompetanse. Statens helsetilsyn har også ansvar for å utvikle effektiv tilsynsmetodikk og måter for å følge opp tilsyn, slik at nødvendige endringer skjer og forholdene bringes i tråd med kravene. Erfaringer og funn fra tilsyn aggregeres og analyseres, og formidles i form av rapporter og på annen måte. Statens helsetilsyn skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn.

Statens helsetilsyn er også overordnet klagemyndighet for klager om manglende innfrielse av rettigheter.

Tilsynsmyndighetens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- rettssikkerhet, pasientsikkerhet og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenestene er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene avdekkes, følges opp og forebygges

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

- varsler om uventede og alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a og helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a
- 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

I den årlige tilsynsmeldingen trekker Statens helsetilsyn frem ulike sider ved sosiale tjenester, barnevern og helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er årsrapporten fra Statens helsetilsyn, årsrapporten fra Avdeling for varsler og operativt tilsyn, Statens helsetilsyns rapporter fra landsomfattende tilsyn, tilsynsrapporter fra fylkesmennene og vedtakene i tilsynssaker sentrale dokumenter om tilsynsaktiviteter og funn.

4.1.1 Landsomfattende tilsyn i 2019

Folkehelse

Landets fylkesmenn gjennomførte tilsyn med hvordan kommunene ivaretar sitt tilsynsansvar med miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det ble gjennomført tilsyn med 51 kommuner, og avdekket lovbrudd i 42 av dem.

Bakgrunnen for bestemmelsen om tilsyn som en ekstra sikringsmekanisme for å trygge barnas arbeidsmiljø, er at dårlig fysisk miljø ofte ikke gir umiddelbare utslag som det er enkelt å identifisere eller måle. Likevel kan det få alvorlige følger, som dårlig trivsel, lite opplagte og konsentrerte elever og slitne barn, som igjen går utover utvikling og læring.

Tilsynet viser at tilsynsordningen ikke sikrer barn og unges arbeidsmiljø. Det er særlig kritikkverdig at så mange som en av fire av kommunene ikke førte tilsyn. Dagens ordning innebærer at kommunen ofte har en dobbeltrolle, ettersom de

både eier og driver barnehager og skoler, og skal føre tilsyn samme sted. Folkehelseloven har derfor særlige bestemmelser om at de som skal ivareta tilsynsoppgaven skal ha en tydelig uavhengig rolle overfor virksomhetene som det skal føres tilsyn med. Tilsynet skal videre utføres regelmessig og basert på risikokunnskap. Lovbrudd skal følges opp helt til de er rettet. Varierende og mangelfull tilsynspraksis kan medvirke til at barnehager og skoler over tid utvikler dårlig inneklima og andre miljømessige problemer.

En stor andel av de undersøkte kommunene ivaretar ikke ansvaret for tilsyn med miljørettet helsevern i barnehager og skoler i tråd med kravene i folkehelseloven. I mange kommuner har fylkesmannen funnet svikt og mangler på flere av de undersøkte områdene. Tilsynet har avdekket manglende kunnskap blant eiere og ledere av barnehager og skoler om tilsynsordningen. Det er trolig også lite kunnskap blant barn og unge og deres foreldre om at det finnes et tilsynsorgan de kan klage til, om det ikke nytter å melde til ledelsen i barnehagen eller skolen.

Somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter

Tilsynet gjaldt helsehjelp til pasienter som, på grunn av mangel på plass, ble flyttet til en annen sengepost enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem. Det medisinske ansvaret blir ved slike flyttinger vanligvis beholdt i moderavdelingen – der den fagspesifikke medisinske kompetansen er. Et eksempel på utlokalisering er en pasient med et beinbrudd som blir overført til en sengepost for eksempel for gynekologi, hjerte eller nevrologi, fordi det er fullt på den ortopediske sengeposten.

I 2019 hadde regionale tilsynslag gjennomført tilsyn ved 10 helseforetak. Tilsynet ble avsluttet i 2020 på grunn av koronapandemien.

For pasientene innebærer det en økt risiko å bli fulgt opp på avdelinger som ikke har samme faglige kompetanse på pasientens helseproblem som moderavdelingen. Utlokalisering er et virksomhetsansvar, og sykehusene må innføre tiltak for å kompensere for risikoen. Tilsynet undersøkte om det var satt i verk nødvendige risikoreduserende tiltak.

Helsetilsynet konkluderte med lovbrudd ved 8 av 10 helseforetak. Disse helseforetakene hadde ikke sørget for tilstrekkelige tiltak for å redusere risikoen for svikt ved utlokalisering av pasienter. Ved flere helseforetak framstod utlokalisering som «normalsituasjon». For eksempel var ikke rutiner for håndtering av plassmangel kjent for alle ansatte, eller at ingen tok over ansvaret når koordinerende personell avvikler ferie.

Ved et av helseforetakene uten lovbrudd fant tilsynslaget en rekke virksomme tiltak for å håndtere mangel på plass ved sykehuset. Dette inkluderte daglige og ukentlige møter mellom koordinerende sykepleiere og avdelingsledere, og klare rutiner for håndtering av ulike pressituasjoner.

4.1.2 Varsler om alvorlige hendelser

Statens helsetilsyn skal behandle varsler om alvorlige hendelser i hele helse- og omsorgstjenesten og varsler fra pasienter og pårørende, og bidra til at tilsynet raskere identifiserer uforsvarlige forhold.

I 2019 har Statens helsetilsyn håndtert 869 saker på grunnlag av varsler om alvorlige hendelser. Av de mottatte varslene kom 191 varsler som resultat av utvidelsen av varselordningen til også å omfatte varslingsplikt fra virksomheter i primærhelsetjenesten og varslingsrett fra pasienter og pårørende. Denne typen varsler har vært jevnt økende siden utvidelsen ble iverksatt i juli 2019. Det kom 678 varsler fra virksomheter i spesialisthelsetjenesten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a i 2019. Dette er en svak økning i forhold til de foregående årene. I 2019 ble det gjennomført 13 stedlige tilsyn.

Ved hver varslede alvorlige hendelse gjør Statens helsetilsyn innledende undersøkelser for å kartlegge hendelsen med tanke på å identifisere tegn til svikt og/eller mistanke om uforsvarlige forhold, hvordan pårørende er fulgt opp og hvordan virksomheten selv planlegger å følge opp hendelsen. Hvordan hendelsene blir fulgt opp av den enkelte virksomheten er relevant for Helsetilsynet å etterspørre og vurdere, da slik oppfølging er et viktig element i plikten til forsvarlig virksomhet. Det er virksomhetene som har hovedansvaret for å følge opp hendelsen, både overfor pasienter/pårørende, og som ledd i det løpende ansvaret for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Virksomhetene forventes å dra lærdom av disse hendelsene, og iverksette risikoreduserende tiltak.

Ved undersøkelser, analyse og vurderinger avdekkes det regelmessig viktig informasjon av betydning for pasientsikkerhet og kvalitet også for andre pasienter, og som er relevante for andre virksomheter. Ved å undersøke de alvorlige hendelsene gjennom stedlig tilsyn og avdekke lovbrudd, bidrar Statens helsetilsyn til å identifisere risikofaktorer. I oppfølgingen etterspør Helsetil-

synet om nødvendige tiltak blir iverksatt for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten, i tråd med ansvaret forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring pålegger virksomhetens ledelse. Virksomhetene blir på denne måten utfordret til å iverksette og følge opp risikoreduserende tiltak etter å ha mottatt rapport etter tilsynet. Noen områder der risikoreduserende tiltak er identifisert, planlagt og iverksatt på systemnivå etter alvorlige pasienthendelser, er:

- Innføring av systematiske verktøy og rutiner for kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og mellom ulike avdelinger.
- Innføring av strukturerte overvåknings- og monitoreringsverktøy.
- Systematisk arbeid for å bedre arbeidsforholdene for helsepersonell.
- Utarbeidelse av nye prosedyrer der dette manglet.
- Etablering av systemer som ivaretar at prosedyrer blir fulgt.

Erfaringen er at virksomhetene i ulik grad lærer av alvorlige hendelser. Særlig ser Helsetilsynet utfordringer når hendelser involverer flere enheter/ helseforetak og der ulike arbeidsmiljø- og samarbeidsutfordringer kompliserer bildet.

Omtrent halvparten av varslene som kommer til Helsetilsynet, er fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Mangler ved utredning, diagnosesetting, behandling og samhandling/ kontinuitet i behandlingen er vanlige funn Helsetilsynet ser ved oppfølging av varslene. Helsetilsynet har hatt et spesielt fokus på saker hvor pasienter tar livet av seg inne på lukket avdeling med høyt omsorgsnivå, og unge pasienter tilknyttet BUP. I flere av varslene er det imidlertid ikke nødvendigvis sammenheng mellom helsehjelpen og hendelsen. Pasienten kan ha fått god behandling og oppfølging, og likevel ta sitt eget liv eller komme til skade på annen måte.

4.1.3 Særskilte tema

Nedenfor følger en oversikt over andre utvalgte tema Helsetilsynet har påpekt i sitt innspill til denne meldingen, basert på tilsynsmelding og årsrapporter.

Statens helsetilsyns overprøving av fylkesmannens vedtak

Det er ikke anledning til å klage på fylkesmannens vedtak i en rettighetsklage. Statens helsetilsyn kan vurdere saken som overordnet forvaltningsorgan, jf. forvaltningsloven § 35. Statens helsetilsyn har i 2019 behandlet fem slike saker. I en sak opphevet tilsynet fylkesmannens vedtak, i en annen sak omgjorde de fylkesmannens vedtak og i tre andre saker fant de ikke grunnlag for å overprøve fylkesmannens vedtak.

Saken Helsetilsynet omgjorde i 2019 gjaldt avslag på behandling med immunterapi. Pasienten hadde kreft i overgangen mellom spiserør og magesekk, og hadde over lengre tid fått behandling i det offentlige – først med god effekt, men etter hvert ble det klart at etablerte behandlingsmetoder ikke lenger hadde effekt. Pasientens lege anbefalte pasienten å forsøke behandling med immunterapi. Han fikk ikke dette dekket fra det offentlige, men valgte å betale for det selv ved privat helseforetak. Da det viste seg at pasienten hadde svært god effekt av behandlingen, søkte han om å få videre behandling dekket av det offentlige. Han fikk avslag, da behandlingen ikke var godkjent for hans kreftdiagnose. Flere fagpersoner, herunder Ekspertpanelet, anbefalte fortsatt behandling med immunterapi for å ikke falle tilbake til alvorlig sykdom. Det offentlige helseforetaket ville fortsatt ikke dekke behandlingen, og mente blant annet at de ikke kunne ta i betraktning den effekten pasienten hadde hatt fra behandling ved et privat helseforetak.

Helsetilsynet mente det offentlige helseforetaket ikke kunne se bort fra den nytten pasienten hadde hatt av behandlingen i det private, og at de måtte foreta en konkret individuell vurdering av den aktuelle pasientens behov, når de skulle vurdere hva som var forsvarlig helsehjelp til pasienten. Helsetilsynet omgjorde derfor fylkesmannens og dermed helseforetakets avslag, og ba helseforetaket foreta en ny vurdering av et forsvarlig helsetilbud til pasienten.

Medisinsk og helsefaglig forskning

Statens helsetilsyn fører tilsyn med alle virksomheter som utøver medisinsk og helsefaglig forskning. Slike virksomheter vil være helseforetak, universiteter, høgskoler samt private og offentlige forskningsinstitusjoner. Statens helsetilsyn mottar årlig mellom 3 og 10 klager og varsler som gjelder helsefaglig forskning. Erfaringsmessig er tilsynssaker på helseforskningsområdet nyttige i læringsøyemed for de forskningsansvarlige institusjonene. Helstilsynet ser at virksomhetene i økende grad gjør nødvendige tiltak for å rette lovbrudd, uavhengig av den tilsynsmessige oppfølgingen.

Gjennom behandlingen av tilsynssaker har de blant annet sett svikt ved innhenting av forhånds-

godkjenning fra Regional etisk komite (REK), at vilkårene i REK-godkjenningen ikke følges ved innhenting av informert samtykke fra deltakerne i forskningsprosjektet og at det er mangler i virksomhetenes styring og organisering av forskningen (internkontroll).

I 2019 satte Helsetilsynet i gang arbeidet med et tilsyn med virksomheter som utøver medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker. Helsetilsynet utarbeidet en egenvurdering som er sendt til 20 utvalgte helseforetak, universiteter og forskningsinstitusjoner hvor virksomhetene er bedt om å gjøre en vurdering av egen praksis opp mot lovverket som regulerer området. Tilsynet fortsetter i 2020 og egenvurderingene skal gjennomgås og oppsummeres i en rapport. På bakgrunn av resultater vil Helsetilsynet vurdere om egenvurderingene skal sendes til flere virksomheter, og om det kan være aktuelt å gjennomføre stedlig tilsyn i de mest risikoutsatte virksomhetene.

Samarbeid om felles tilsynsopplegg med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap og Helsetilsynet utarbeidet i 2019 en felles tilsynsveileder for fylkesmannens tilsyn med kommunal beredskapsplikt og helseberedskap. Formålet med tilsynsveilederen er å legge til rette for samordning av fylkesmannens tilsyn med beredskap i kommunene, som igjen kan bidra til samordnet og styrket kommunal beredskap. Tilsynsveilederen vil på den måten understøtte kommunens arbeid med samfunnssikkerhet og beredskap.

Kommunene har ansvar for å utvikle trygge og robuste lokalsamfunn, og opprettholde nødvendige tjenester også når lokalsamfunnet rammes av uønskede hendelser som utfordrer kommunen, enten de forekommer i fredstid, ved sikkerhetspolitiske kriser eller i væpnet konflikt. Dette omfatter blant annet at kommunen skal kunne gi befolkningen nødvendige helse- og omsorgstjenester selv om det inntreffer hendelser som truer driften av disse tjenestene eller setter krav til økt kapasitet i tjenesteutøvelsen.

For å sikre at kommunene er forberedt når det skjer uønskede hendelser er det stilt krav til kommunens forberedelser, planlegging og organisering av kommunenes beredskap. Tilsynsveilederen beskriver hvordan fylkesmannen skal føre tilsyn med to avgrensede, men vesentlige temaer ved kommunenes beredskapsplanlegging:

- om beredskapsplanleggingen bygger på risiko- og sårbarhetsanalyser
- om kommunen har en forberedt kriseorganisasjon for håndtering av uønskede hendelser

Tilsynstemaene ble testet ut gjennom tre pilottilsyn av Fylkesmannen i Innlandet og Fylkesmannen i Agder. Tilsynsveilederen skal framover benyttes når fylkesmannen skal føre tilsyn med kommunenes helseberedskap.

Forsinket diagnostikk av kreftsykdom

Hyppige funn i tilsyn viser at avvikende prøvesvar og patologiske røntgensvar hos kreftpasienter ikke blir fulgt opp slik de skal i allmennpraksis. Helsetilsynet forventer at fastlegen i møtet med pasienten som har symptom og/eller plager som kan være tegn på kreftsykdom, tar opp god anamnese (pasientens egen sykdomshistorie), gjør nødvendige kliniske undersøkelser, tar relevante blodprøver og henviser til bildeundersøkelser når det er grunn til det. Her kan fastlegen støtte seg på kliniske retningslinjer og pakkeforløp for kreft som gir føringer for hva som er god praksis.

Helsetilsynet har undersøkt tilsynssaker som gjelder kreftsykdom, mot leger i allmennpraksis for å se om det finnes fellestrekk som kan medvirke til læring og forbedring i helsetjenesten. I gjennomgangen av alle tilsynssaker mot leger i allmennpraksis som var ferdig behandlet i Helsetilsynet i en periode på tre år, fant Helsetilsynet at 30 saker handlet om mulig forsinket utredning og diagnostikk av kreftsykdom hos pasienter.

Helsetilsynet slo fast i 26 av disse sakene at legen hadde brutt kravet til forsvarlig virksomhet i helsepersonelloven §4. Ni av sakene omhandlet brystkreft hos kvinner. Ellers var sakene fordelt på ulike krefttyper, som for eksempel blærekreft, lungekreft og hudkreft. Sju av pasientene var døde før eller underveis i tilsynsbehandlingen. I mange av sakene førte lovbruddet etter Helsetilsynets vurdering trolig til dårligere prognose og/eller behov for mer avansert og plagsom behandling for pasientene.

Psykotisk depresjon – en underkjent tilstand i psykisk helsevern

Psykotisk depresjon er en høyrisikotilstand som kan føre til selvmord. Helsetilsynet har i gjennomgangen av varsler de siste tre årene funnet mange saker der symptom som samsvarer med psykotisk depresjon har blitt tydelig beskrevet, men oppfattet som noe annet og mindre alvorlig av helsepersonellet som ga helsehjelpen.

Rask og rett diagnose og behandling kan berge livet til disse pasientene. Det er virksomhetene som er ansvarlige for å sikre at helsepersonell får nødvendig kompetanse i forebygging av selvmord, og tilstrekkelig opplæring i å undersøke og behandle psykotisk depresjon. Virksomhetene må utforme tilstrekkelige rammevilkår, slik at pasienter med symptom på psykotisk depresjon blir fanget opp så raskt som mulig og ikke blir nedprioritert fra et riktig og forsvarlig behandlingsnivå. Virksomhetene må videre sørge for at alle selvmord eller alvorlige selvmordsforsøk blir gjennomgått systematisk i ettertid med tanke på læring og forbedring.

Diagnosesetting hos personer registrert med en psykisk utviklingshemming

De aller fleste personer med utviklingshemming får stilt diagnosen i den delen av helse- og omsorgstjenesten som har relevant og nødvendig kompetanse til å gjøre det. Det er konklusjonen i en stikkprøveundersøkelse av diagnosesetting hos personer registrert med en psykisk utviklingshemming i et utvalg kommuner som Statens helsetilsyn gjennomførte i 2019. Undersøkelsen gir ikke holdepunkt for en generell bekymring for at personer feilaktig får stilt eller feilaktig blir registrert med diagnosen psykisk utviklingshemming.

Undersøkelsen gjaldt personer over 16 år registrert som personer med utviklingshemming og med vedtak om tjenester fra kommunen. 90 kommuner ble valgt ut, og Helsetilsynet mottok opplysninger fra 88 kommuner om til sammen 704 personer.

83 prosent av de 704 personene Helsetilsynet fikk opplysninger om, hadde fått diagnose stilt i spesialisthelsetjenesten. Flere små enn store kommuner oppga at alle i personutvalget hadde fått stilt diagnose i spesialisthelsetjenesten. I praksis blir altså diagnose ofte stilt i spesialisthelsetjenesten, men det er ikke nødvendigvis uforsvarlig dersom diagnosen formelt er stilt utenfor spesialisthelsetjenesten, f.eks. av fastlege eller av psykolog i kommunen.

Helsetilsynet vurderer at det er større risiko forbundet med om personer med utviklingshemming får de tjenestene de trenger og om tjenestene har forsvarlig kvalitet, enn om diagnostiseringen foregår på forsvarlig måte. Kommunenes oppmerksomhet bør være på tjenestekvaliteten. Det er der det må gjøres et større løft framover.

5 Statens undersøkelseskommisjon

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en uavhengig, statlig virksomhet hjemlet i lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Ukoms oppdrag er å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge. Undersøkelsene skal kartlegge hva som skjedde, samt peke på årsakssammenhenger som kan være viktige for å forebygge nye alvorlige hendelser. Målet er å bedre pasientsikkerheten gjennom læring og forebygging av alvorlige hendelser.

Ukom tar imot tre ulike typer varsler fra spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og pasienter, brukere og pårørende:

- lovpålagte varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten
- bekymringsmelding om alvorlige forhold som går ut over pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten
- varsel om kritikkverdige forhold på egen arbeidsplass

Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser og alvorlige forhold som skal undersøkes, samt tidspunkt for og omfanget av en undersøkelse.

Ukom sitt arbeid kjennetegnes ved tett dialog med alle involverte. Undersøkelsene bygger på intervju med involvert helsepersonell, pasienter, brukere og pårørende, og ledelsen der hendelsen fant sted. Informasjon fra intervju er Ukoms viktigste kilde. I tillegg har Ukom gjennom loven tilgang til alt av skriftlig materiale og dokumentasjon, rapporter og resultat fra undersøkelser foretatt av andre knyttet til hendelsen eller forholdet. I utarbeidelse av rapportene har Ukom tett kontakt med fag-, pasient- og brukerorganisasjoner, samt aktuelle fagmiljø. Dette sikrer relevans og aktualitet, og stimulerer til læring allerede i undersøkelsesprosessen. Ukom vil i sine tilrådinger bygge opp under etablerte tiltak i den samlede nasjonale innsatsen for økt pasientsikkerhet.

Rapportene fra Ukom er offentlige, og de inneholder ikke referanser til enkeltpersoners navn og adresse. Det vurderes i hver enkelt undersøkelse om det skal refereres til sted for hendelsen. Ukoms undersøkelser tar utgangspunkt i hendelser og forhold som kan ha relevans for et helt tjenesteområde. Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

5.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

Fra oppstart 1. mai 2019 til 31. desember 2019, mottok Ukom totalt 532 varsler (449 lovpålagte varsler og 83 bekymringsmeldinger). Av disse var 157 varsler fra psykisk helsevern. Ukom mottok 59 meldinger fra kommunehelsetjenesten.

Ukom har utarbeidet en prosess for mottak av varsler og bekymringsmeldinger. Disse analyseres opp mot annen informasjon Ukom får om alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten. Trender og mønstre fanges opp på bakgrunn av det samlede materialet. På bakgrunn av varsler og annen informasjon, har Ukom startet opp 5 undersøkelser i 2019.

Ukom ser at den dialogbaserte metoden og selve undersøkelsesprosessen i stor grad kan stimulere til forbedringsarbeid lokalt. En viktig utfordring blir å ta funnene videre, slik at disse også initierer forbedringsarbeid ut over de virksomhetene som er direkte involvert i Ukoms undersøkelser. Målsetningen med arbeidet er å skape oppmerksomhet og initiere forbedringsarbeid rundt viktige sikkerhetstema i helse- og omsorgstjenesten.

5.2 Særskilte tema

Ukom har i 2019 blant annet gått inn i følgende tema:

Hvordan oppdage livstruende forverret tilstand hos barn

Utgangspunktet for undersøkelsen «Livstruende forverret tilstand hos febersyke barn» er at en 20 måneder gammel gutt døde av hjernehinnebetennelse. I løpet av det fire dager lange sykdomsfor-

løpet var den lille gutten innom fem ulike behandlingsledd.

Ifølge rapporten ble sykdommens alvorlighet i varierende grad oppfattet av helsepersonell. Det førte til forsinket diagnostikk og behandling.

Sykdommers alvorlighetsgrad og allmenntilstand hos små barn henger nøye sammen, men allmenntilstand kan være vanskelig å vurdere. Ukom påpeker at det trengs bedre systematikk i vurderingen. Dette krever blant annet at fagmiljøene i fellesskap finner en enhetlig forståelse av begrepet allmenntilstand.

Ukom trekker også fram at diagnostikken kan styrkes ved at foreldrenes observasjoner og vurderinger blir innhentet og tydeligere dokumentert i helsetjenesten.

Legemiddelrelatert dødsfall i psykisk helsevern

Store doser legemidler antas å være årsak til at en ung kvinne døde mens hun var innlagt i psykisk helsevern. Statens undersøkelseskommisjon har undersøkt hvordan dødsfall som dette kan unngås. Kvinnen ble funnet død på pasientrommet sitt om morgenen. Ifølge obduksjonsrapporten var dødsårsaken antatt forgiftning av flere psykiatriske legemidler.

I dette arbeidet er det innhentet omfattende informasjon om hendelsesforløp, årsaker og medvirkende faktorer. Hensikten er å belyse hvordan slike hendelser kan forebygges.

Rapporten peker på flere forhold som kan bidra til økt risiko for alvorlige uønskede hendelser ved en akuttpost innen psykisk helsevern:

- Lokalene er uegnet for urolige pasienter.
- Svært mange helsepersonell var involvert uten at behandleransvaret er plassert.
- Innestenging på rommet med manglende tilsyn og observasjon av pasientens tilstand.
- Bruk av flere sterke legemidler i kombinasjon, også i injeksjonsform, uten at systematisk medisinsk overvåking iverksettes.
- Mangel på en helhetlig plan for behandlingen.

Selv om rapporten tar utgangspunkt i en tragisk hendelse ved ett sykehus, peker den på utfordringer som også gjelder andre institusjoner. Rapporten viser at psykisk helsevern vil ha mye å lære om legemiddelhåndtering, sikkerhetstenkning og arbeid med kontinuerlig forbedring.

Hvordan fange opp barn med uavklarte tilstander?

Ukom startet i 2019 en undersøkelse etter at en ungdom tok sitt eget liv. Selvmordet skjedde etter at to henvisninger til barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) hadde blitt avslått.

Med utgangspunktet i ungdommens historie vurderes ulike faktorer og årsakssammenhenger som kan bidra til at ungdom som trenger helsehjelp ikke alltid blir fanget opp og får et tilbud.

Ukom ser blant annet på omfanget av barn og unge som blir henvist til BUP, men som ikke får rett til slik helsehjelp. Ukom ser også på om det er ulik praksis rundt om i landet og peker på årsaker til det.

Hvordan forebygge og fange opp flyktninger med alvorlig psykisk tilstand

Mandag 2. desember 2019 ble en 27 år gammel kvinne og tre barn hentet livløse opp fra sjøen. Kvinnen og de to eldste barna døde. Hendelsen etterlater seg mange spørsmål. Etter samråd med familien, gjennom ektefellens bistandsadvokat, besluttet Ukom å sette i gang en undersøkelse rundt denne hendelsen i Tromsø. Ukoms oppgave er å søke svar på hvordan dette kunne skje og hva vi som samfunn med våre helse- og omsorgstjenester kan gjøre for å forebygge lignende tragedier, i arbeidet med spesielt sårbare familier.

6 Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. En av NPEs forskriftfestede oppgaver er å bidra med statistiske data til helsetjenestens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebyggelse. NPE har publisert årsrapporten på npe.no. I stedet for en egen rapport som presenterer statistikk for regionale helseforetak, har fagsjef for pasientsikkerhet tilbud om årlige møter hos de enkelte regionale helseforetakene for å presentere statistikken knyttet til den aktuelle regionen. I 2019 har det vært gjennomført tre slike møter.

6.1 Hovedtrekk i årsrapporten

Antallet saker meldt til NPE i 2019 hadde en liten oppgang fra 5677 i 2018 til 5696 i 2019. I 2019 fikk 1449 erstatningssøkere medhold i kravet sitt, mens 3666 fikk avslag. Dette gir en medholdsandel på 28 prosent. Medholdsandelen er den samme som i 2018. I offentlig helsetjeneste er medholdsandelen 26 prosent, mens den er 47 prosent i privat helsetjeneste. NPE utbetalte 1,074 milliarder kroner i erstatning i 2019. Dette er det høyeste beløpet som har blitt utbetalt i løpet av ett år, og 60 millioner kroner mer enn i 2018.

I presentasjonen utarbeidet for de regionale helseforetakene framkommer det at NPE innenfor spesialisthelsetjenesten behandler flest saker knyttet til ortopedi (36 prosent) og kreftsaker (16 prosent). Høyest medholdsandel er det innen ortopedi med 36 prosent medhold. Svikt i behandlingen er den hyppigste årsaken til medhold med 58 prosent. Svikt i diagnostikk utgjør den nest største andelen med 29 prosent. I presentasjonen pekes det på hva som er årsaker til svikt i behandlingen og svikt i diagnostikk. De hyppigste årsakene til svikt i behandlingen er «feil behandlingsteknikk/metode», «ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse» og «ikke grunnlag for operasjon/behandling». For svikt i diagnostikk er de vanligste årsakene «funn ikke fulgt opp/mangelfull utredning», «feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse» og «ikke rekvirert prøve/undersøkelse».

6.2 Særskilte tema

NPE har gjennom 2019 jevnlig publisert nye saker i serien «Kort om». Dette er en artikkelserie som ble lansert høsten 2017, og totalt sett er det publisert 23 forskjellige tema. Artiklene presenterer kort og oversiktlig erstatningsstatistikk innen utvalgte medisinske områder for å dele noe av tallmaterialet som kan hentes ut av NPEs database. De siste sakene omhandler skade på mor under graviditet og fødsel, behandling på feil sted på kroppen og prostatakreft.

I 2019 ble det utarbeidet en rapport for å oppsummere at det er ti år siden privat helsetjeneste ble en del av pasientskadeordningen. Rapporten «Ti år med privat helsetjeneste – tannbehandling», er publisert på npe.no. I løpet av disse ti årene har NPE mottatt totalt 5518 saker innen privat helsetjeneste, og andelen for privat helsetjeneste har økt fra 7 til 13 prosent av det totale antallet mottatte saker. Denne økningen mener NPE er naturlig fordi kjennskapen til ordningen øker med tiden. Hovedfokus i rapporten er tannbehandling, siden de utgjør 58 prosent av sakene innen privat helsetjeneste. I løpet av tiårsperioden har NPE mottatt 3073 saker knyttet til tannbehandling. I 2019 var 88 prosent av de 3073 mottatte sakene avgjort. I overkant av tusen erstatningssøkere har fått medhold i erstatningskravet. Sakene omhandler flere forskjellige tannlidelser og behandlingsformer, og medholdsandelen varierer mye ut fra type tannlidelse og hva slags behandling som har vært utført. Det er behandling i form av kronetarapi eller brobehandling som har ført til den høyeste medholdsandelen. De vanlige formene for skade er tap eller fraktur av tann eller implantat, smerter, infeksjon, nerveskade, eller at erstatningssøker er misfornøyd med det estetiske resultatet.

I 2019 publiserte NPE også resultater fra en gjennomgang av saker knyttet til fastlegeordningen. Utgangspunktet var vedtak i NPE fra 2012 til 2016. Fastlegeordningen utgjør elleve prosent

av sakene som blir behandlet i NPE. Medholdsandelen er 24 prosent blant de 2515 som har fått et vedtak om medhold eller avslag. Gjennomgangen viser at svikt i diagnostikk er den hyppigste årsaken til medhold, og at det først og fremst er kreftsykdommer som er forsinket diagnostisert. Hovedårsaken er at prøver ikke er rekvirert, at funn ikke er fulgt opp på en god nok måte, eller at pasienten ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten. En mindre andel saker gjelder svikt i behandlingen. Hovedårsaken til svikt i disse sakene er feilmedisinering.

Data fra NPE er grunnlag for flere studentoppgaver. I 2019 ble det skrevet to masteroppgaver basert på data fra NPE. Den ene oppgaven omhandler pasientskader innen psykisk helsevern. Den ser på hvilke type uønskede hendelser/skader pasienter og pårørende opplever innen psykisk helsevern og hvordan disse påvirker deres og pårørendes liv. Den andre oppgaven gjelder skader påført pasienter som har fått behandling som ikke var nødvendig. Det er i tillegg startet et arbeid med å analysere NPE-saker som omhandler selvmord- og selvmordsforsøk. Håpet er at denne studien vil framskaffe kunnskap om fokusområder knyttet til dette temaet.

7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Et godt helse- og omsorgssystem gir riktig, sikker og virkningsfull behandling og oppfølging uavhengig av hvor man bor i landet og på tvers av sosiale skillelinjer. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, og baserer seg på rammeverket til OECDs The Health Care Quality and Outcomes programme[1].

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, vedlikeholde og formidle nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. «Kvalitet i helsetjenesten» er definert som helsetjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt[2]. Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljø i helsesektoren, registermiljø, fagorganisasjoner og brukerrepresentanter[3].

Nasjonale kvalitetsindikatorer har flere formål. De skal brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i tjenestene, og de skal gi politisk ledelse, myndigheter og ledere på alle nivå et godt grunnlag for planlegging, styring og prioritering. Kvalitetsindikatorene skal gi pasienter, brukere og pårørende mulighet til å velge behandlingssted på et kvalifisert og informert grunnlag. Slik skal også kvalitetsindikatorene bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet. Resultatene offentliggjøres derfor regelmessig på Helsedirektoratets nettside.

Helsedirektoratet utgir årlig en rapport om nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som oppsummerer årets leveranser, fokusområder og prioriterte oppdrag. Ved utgangen av 2019 bestod kvalitetsindikatorsystemet av 174 indikatorer inndelt i områdene somatisk helsetjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelse, legemidler, akuttmedisinske tjenester, psykisk helsevern og ruslidelser. I 2019 ble det utviklet seks nye nasjonale kvalitetsindikatorer innen områdene legemidler (antibiotika), somatikk (ventetider og tilstandskoder) og psykisk helsevern (pasient- og brukererfaringer). Indikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelse og pakkeforløp for kreft ble revidert, og enkelte indikatorer innen infeksjon og psykisk helse og rus ble faset ut. I tråd med planen ble det gjennomført fire publiseringer for kvalitetsindikatorene i 2019. Ved utgangen av året var det 20 ulike

Tabell 7.1 Oversikt over antall nasjonale kvalitetsindikatorer i 2019 (2018-tall i parentes)

Overordnede områder	Totalt antall kvalitetsindikatorer	
Somatisk helse[1]	104	(112)
– herav pakkeforløp for kreft	30	(30)
Psykisk helse og rus	30	(29)
Kommunale helse- og omsorgstjenester	31	(31)
Legemidler	6	(5)
Sum	171	(177)

[1] Inkluderer akuttmedisin

[1] The Health Care Quality and Outcomes programme: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm

[2] Helsedirektoratet (2017), Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, IS-nr: 2620

[3] Helsedirektoratet (2018), Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten, IS-nr: 2690

dataleverandører som bearbeidet og leverte data til kvalitetsindikatorsystemet.

Nedenfor følger en nærmere presentasjon av resultater for utvalgte nasjonale kvalitetsindikatorer. Indikatorene viser resultater for områder som det er viktig at helse- og omsorgstjenesten følger med på, og for flere av disse er det fastsatt styringsmål for at tjenesten og helsemyndighetene kan følge utviklingen nærmere. Det gjelder blant annet indikatorer knyttet til pasientsikkerhet som helsetjenesteassosierte infeksjoner og omfang av pasientskader målt med metoden Global Trigger Tool som er under utvikling. Utviklingen i antibiotikabruk må følges tett for fortsatt å stimulere til reduksjon i anitibiotikaresistens. Indikatorer i kommunal helse- og omsorgstjeneste og indikatorer for brukererfaringer er viktige å følge kontinuerlig som bidrag til kvalitetsforbedring i tjenestene, for pasienter og brukere.

7.1 Helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus og i sykehjem

7.1.1 HAI i sykehus

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) i sykehus er uønskede komplikasjoner ved alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner oppstår som en følge av sykehusinnleggelsen og påfører pasienter ekstra lidelser og risiko. De fire vanligste typene er urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative infeksjoner og blodbaneinfeksjoner. Folkehelseinstituttet har fulgt utviklingen i forekomst av disse fire typene siden 2002. Den måles gjennom forekomstundersøkelsen NOIS-PIAH som gjennomføres to ganger i året; i mai og november. Undersøkelsen gir et øyeblikksbilde på undersøkelsestidspunktet. Kun infeksjoner oppstått i eget sykehus er tatt med.

Figur 7.1 Andel sykehuspasienter som hadde helsetjenesteassosierte infeksjoner i mai og november 2019

Kilde: NOIS

I november 2019 hadde 2,8 prosent av sykehuspasientene på landsbasis helsetjenesteassosierte infeksjoner. Det er den laveste andelen som er målt siden 2016. Helse Nord hadde lavest andel med 2,1 prosent, mens Helse Midt-Norge lå høyest med en andel på 3,4 prosent. For oversikt over prosentandelene i alle regioner og helseforetak i mai og november, se figur 7.1.

For de fire infeksjonstypene var det i november 0,4 prosent på landsbasis som hadde blodbaneinfeksjoner, 0,5 prosent urinveisinfeksjoner, 0,8 prosent hadde nedre luftveisinfeksjoner og 1,1 prosent postoperative sårinfeksjoner.

7.1.2 HAI i sykehjem

Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) kan forårsake sykdom for beboere i sykehjem, og påfører dem ekstra lidelse og risiko for sykehusinnleggelse og økt dødelighet. NOIS-PIAH-undersøkelsen gjennomføres i sykehjem i mai og november, men bare litt over halvparten av sykehjemmene deltar. I 2019 var deltagelsen 53,4 prosent i mai og 58,5 prosent i november. Undersøkelsen viste at andelen HAI blant beboere i sykehjem på landsbasis var 3,4 prosent i mai og 3,6 prosent i november 2019. Tidligere har det vært en jevn nedgang fra 5,0 prosent i november 2016. Oppland var fylket med den høyeste andelen HAI i november 2019, med 5,4 prosent, mens Aust-Agder lå lavest med 2,4 prosent. For oversikt over alle fylkesgjennomsnitt, se figur 7.2. De fire vanligste typene HAI i sykehjem er urinveisinfeksjon (1,9 prosent), nedre luftveisinfeksjon (0,9 prosent), hud- og sårinfeksjoner (0,6 prosent) og infeksjon i operasjonsområdet (0,2 prosent).

Sykehjemmene må selv vurdere egne infeksjonsresultater og behovet for kvalitetsforbedringsarbeid slik at pasientsikkerheten blir god. Sykehjemmene skal også ha infeksjonskontrollprogram som beskriver systematiske tiltak for forebygging av infeksjoner.

7.1.3 Omfanget av pasientskader ved norske somatiske sykehus målt ved Global Trigger Tool-metoden

Alle helseforetak og fem private sykehus kartlegger omfanget av pasientskader ved hjelp av

Figur 7.2 Andel sykehjemsbeboere som hadde helsetjenesteassosierte infeksjoner i mai og november 2019

Kilde: NOIS

Figur 7.3 Andel sykehusopphold med minst én pasientskade for alle alvorlighetsgrader med lineære tidstrender for perioden 2012–2019

metoden Global Trigger Tool (GTT-undersøkelsen). Hvert enkelt foretak skal følge med på utviklingen i andel sykehusopphold med pasientskader og bruke egne resultater til kvalitetsforbedringsarbeid. I tillegg utarbeides en årlig rapport for å følge omfanget av pasientskader på nasjonalt nivå. En pasientskade defineres som følger: «Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.»

I 2019 oppstod det en pasientskade ved 12,4 prosent av sykehusopphold i somatiske sykehus i Norge, mot 11,9 prosent året før. Det har vært en svak nedadgående trend i omfanget av pasientskader siden 2012 (figur 7.3).

Ser vi på de enkelte alvorlighetsgradene har det siden 2012 vært en nedgang i omfanget av de mest alvorlige skadene, dvs. skader som bidro til at pasienten døde. Det har også vært en nedadgående trend i omfanget av pasientskader som var langvarig eller ga varige mén og av skader som krevde livreddende behandling. Det har imidlertid vært en økning i andel skader som førte til forlenget sykehusopphold. De hyppigste skadetypene i 2019 var legemiddelrelaterte skader, annen kirurgisk komplikasjon, urinveisinfeksjon og nedre luftveisinfeksjon.

GTT-undersøkelsen, slik den gjennomføres i dag, egner seg ikke for sammenligninger mellom sykehus og helseforetak. Helsedirektoratet har igangsatt et prosjekt for å videreutvikle undersøkelsen med sikte på at resultatene skal kunne inngå i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

7.2 Antibiotikabruk i spesialisthelsetjenesten og i kommunale tjenester

Antibiotikaresistens er i dag en av de største utfordringene i moderne medisin, både nasjonalt og internasjonalt. Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten har satt mål om 30 prosent reduksjon i bruk av antibiotika innen utgangen av 2020, sammenlignet med bruken i 2012. Det er særlig bruken av bredspektret antibiotika det er ønskelig å redusere, siden denne er mest resistensdrivende. Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten er forlenget med ett år, og det vil komme en ny plan.

7.2.1 Forbruk av antibiotika i sykehus

I sykehus er det viktig å redusere bruken av fem grupper bredspektret antibiotika[4]. Indikatoren for bruk av disse fem gruppene er målt i antall definerte døgndoser (DDD) per liggedøgn på syke-

[4] Kinoloner, karbapenemer, andregenerasjons cefalosporiner, tredjegenerasjons cefalosporiner, og «piperacillin og enzymhemmer».

Figur 7.4 Antall definerte døgndoser (DDD) for bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i sykehus, 2012–2019

hus. Disse er valgt fordi de i særlig grad bidrar til spredning av antibiotikaresistente bakterier i sykehus. Når slike bakterier forårsaker sykehusinfeksjoner, er det først og fremst en trussel mot de mest sårbare pasientene. Med økt resistens kan vi risikere økt dødelighet hos for eksempel kreftpasienter, nyfødte, intensivpasienter og de som har gjennomgått transplantasjon eller større kirurgiske inngrep. Redusert bruk at de utvalgte antibiotika vil redusere risikoen for utbrudd og spredning av antibiotikaresistente bakterier.

For 2019 lå forbruket av antibiotika på 14,9 DDD per 100 liggedøgn. Det er en reduksjon på 15,8 prosent fra 2012. Det er også en nedgang fra 2018, da det ble det brukt 15,7 DDD per 100 liggedøgn. Disse resultatene viser at bruken av bredspektret antibiotika i sykehus fortsatt er høy i Norge, men utviklingen går i riktig retning for alle fire helseregioner. Det er mer uvisst om målet om en reduksjon på 30 prosent innen utgangen av 2020 vil nås. På helseforetaksnivå har de fleste helseforetakene hatt en reduksjon i antibiotikabruk, men størrelsen på reduksjonen varierer betydelig mellom de ulike foretakene.

7.2.2 Antibiotikabruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Forskrivning fra allmennpraksis og legevakt står for rundt 80 prosent av antibiotikabruken i Norge. Over halvparten av all antibiotika i allmennpraksis går til behandling av luftveisinfeksjoner.

Det ble skrevet ut 329,8 resepter med antibiotika per 1000 innbyggere på landsbasis i 2019. Dette er en økning fra 323,2 resepter i 2018, og kommer etter en lang periode med nedgang. Antallet utskrevne resepter med antibiotika gikk betydelig ned fra 2012. På landsbasis var nedgangen på 26,7 prosent i perioden fra 2012 til 2018. Det er en del variasjon mellom fylkene. I 2019 hadde Vestfold og Telemark fylke flest utskrevne resepter med antibiotika med 345,8 resepter per 1000 innbyggere, mens Troms og Finnmark hadde færrest med 289,0 resepter.

Andelen innbyggere som får minst én resept med antibiotika har gått jevnt nedover siden 2012, men det var en liten økning fra 19,1 prosent i 2018 til 19,4 prosent i 2019.

I perioden 2012–2018 var det en reduksjon i antallet utskrevne resepter på 26,7 prosent. Oslo fylke har hatt den største reduksjonen i perioden (31,9 prosent) og hadde med dette oppnådd målet. Nordland har hatt minst reduksjon med 22,5 prosent. Det er til dels stor variasjon både mellom fylker og mellom kommunene innad i fylker.

Nesten halvparten av antibiotika skrevet ut i allmennpraksis går til å behandle luftveisinfeksjoner. Bakterielle luftveisinfeksjoner kan behandles med antibiotika, men mange luftveisinfeksjoner skyldes virus, og da vil ikke antibiotika ha effekt. Det er derfor en målsetting å redusere bruk av antibiotika ved luftveisinfeksjoner. Nasjonale retningslinjer for antibiotikabruk i

Figur 7.5 Antall resepter på antibiotika per 1000 innbyggere i 2019. Fylkene er markert med rød prikk, de blå prikkene er kommunene og viser spredningen innad i hvert fylke

Kilde: Reseptregisteret

primærhelsetjenesten[5] anbefaler fenoksymetylpenicillin (penicillin V) mot lungebetennelse. Penicillin er smalspektret antibiotika og aktivt mot et lite antall bakterier. Den har mindre effekt på kroppens normalflora av bakterier enn bredspektret antibiotika, og er derfor mindre resistensdrivende. Økt andel penicillin vil være en indikator på mindre bruk av andre antibiotika mot luftveisinfeksjoner. På landsbasis i 2019 var 50,4 prosent av reseptene for luftveisantibiotika til personer (10–79 år) for fenoksymetylpenicillin. Dette er en økning på 0,8 prosentpoeng fra 2018. Det er noe variasjon mellom fylkene. I 2019 hadde Trøndelag fylke høyest andel med 53,0 prosent, mens Troms og Finnmark hadde lavest andel med 44,0 prosent.

Målsettingen om å redusere bruken av bredspektret antibiotika gjelder også ved behandling av urinveisinfeksjoner. Urinveisinfeksjoner er hyppig forekommende og kan oppstå i alle aldre. Kvinner er mer utsatt enn menn. Ukompliserte urinveisinfeksjoner, det vil si nedre urinveisinfeksjoner, behandles som regel med korte antibiotikakurer. Fluorokinoloner er bredspektrede antibiotika og mer resistensdrivende enn de anbefalte førstehåndspreparatene, og skal helst bare brukes i kompliserte tilfeller. På landsbasis i 2019 var 5,3 prosent av alle foreskrevne resepter med urinveisantibiotika til kvinner fluorokinoloner. Dette er en nedgang fra 6,2 prosent i 2018 og 6,8 prosent i 2017. Andel resepter for fluorokinoloner til kvinner har gått jevnt nedover de siste fem årene, men resultatene viser at det er en del variasjon mellom fylkene.

Norge har hatt en betydelig nedgang i antibiotikabruk gjennom flere år, særlig av bredspektret antibiotika. I 2019 var det imidlertid en liten økning i antibiotikabruk totalt. Dette kan være en tilfeldig variasjon eller en justering som viser at antibiotikabruken nærmer seg et riktig nivå.

7.3 Kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester

Helsedirektoratet har utviklet 31 nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert tannhelse. På enkelte områder viser indikatorene en betydelig geografisk variasjon. Variasjon mellom fylker og kommuner viser

[5] https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotikabruk-i-primaerhelsetjenesten

ikke nødvendigvis bare store forskjeller i tjenestetilbudet, men kan dels også forklares med forskjeller mellom kommunene. Forskjellene kan også skyldes underrapportering, varierende registreringspraksis, feil i registreringen eller innsendingen fra kommunene eller tekniske feil og mangler i kommunenes journalsystemer.

13 kommuner har ikke rapportert inn data for 2019 til Kommunalt pasient- og brukerregister. Manglende rapportering skyldes i hovedsak at kommunesammenslåinger har gjort det krevende for de nye kommunene å sende inn data. Tallene må derfor tolkes med varsomhet. Nedenfor presenteres resultater for et utvalg kvalitetsindikatorer som det er viktig at helse- og omsorgstjenesten følger med på.

7.3.1 Årsverk med fagutdanning i de kommunale helse- og omsorgstjenestene

I helse- og omsorgstjenesten er det økt behov for stadig mer avansert og tverrfaglig helsehjelp. Dette skyldes blant annet nye brukergrupper med behov for mer omfattende og sammensatte tjenester. For eksempel er det behov for økt kompetanse innenfor områder som ernæring, psykisk helse, rus, habilitering/rehabilitering, hjelp til egenmestring, forebygging og helsefremmende arbeid. En høy andel fagutdannede i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er med på å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. På landsbasis i 2019 var andelen årsverk i helse- og omsorgssektoren med helse- og sosialfaglig utdanning fra videregående og/eller fagutdanning fra universitet og høgskole på 77,5 prosent. Det er en økning fra 2018 da den var på 74,5 prosent. Det er noe variasjon mellom fylker, fra 82,3 prosent i Aust-Agder til 70,8 prosent i Trøndelag.

7.3.2 Tilsyn av lege på sykehjem

Det er en målsetting at alle sykehjemsbeboere skal motta helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. En indikasjon på om helse- og omsorgstjenesten er av god kvalitet er om sykehjemsbeboeren jevnlig vurderes av lege. Mange beboere i sykehjem har et stort behov for helsehjelp i form av utredning og diagnostikk, sykdomsovervåking, hjelp i akutte sykdomsfaser, behandling, rehabilitering og pleie. Statens helsetilsyn gjennomførte i 1999 en kartlegging av legetjenester i sykehjem, som konkluderte med at det var behov for en vesentlig styrking av denne tjenesten. Retningslinjer for legetjenester i sykehjem fastsetter ikke noe bestemt tidsintervall for legetilsyn, men sykehjemmene skal sørge for god medisinsk behandling ved akutt og langvarig sykdom og

Figur 7.6 Andel beboere på sykehjem vurdert av lege siste år, 2019

Kilde: KPR

god utredning og observasjon av beboerne på kort- og langtidsopphold[6]. Om beboerne er vurdert av lege siste 12 måneder kan være en indikasjon på dette. På landsbasis ble 67,7 prosent av sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder i 2019. I 2018 var andelen på 64,0 prosent. Det har vært en positiv utvikling over tid, med en økning fra 2010 da andel beboere vurdert av lege siste 12 måneder var på 40,2 prosent. Det er store variasjoner mellom fylkene. I 2019 hadde Oslo høyest andel med 89,9 prosent. Finnmark hadde den laveste andelen med 50,8 prosent.

Det er ikke fastsatt noen sentral norm for legetimer per uke, men alle kommuner skal utarbeide egne lokale normer for legedekning på sykehjem[7], basert på lokale behov ut i fra type sykehjem og beboere. På landsbasis var antall legetimer per uke per beboer i sykehjem på 0,55 timer i 2019. I 2018 var det 0,56 legetimer. Det er en del variasjon mellom fylker og mellom kommuner innad i fylker. Buskerud lå høyest med 0,71 timer per uke per beboer i sykehjem, mens Aust-Agder lå lavest med 0,41 timer. Det har skjedd en økning over tid fra 2005, da en rapport fra Helsedirektoratet viste at sykehjemmene i gjennomsnitt hadde 0,27 legetimer til rådighet per beboer per uke.

7.3.3 Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem

Stadig flere eldre har flere sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Dette kan øke faren for feilbruk. Eldre er ofte også ekstra sårbare for skader som følge av feil legemiddelbruk, blant annet øker risikoen for bivirkninger og fall dersom man kombinerer flere legemidler. Dette kan føre til dårligere helse og livskvalitet.

Legemiddelhåndteringsforskriften[8] sier at virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter på langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst én gang årlig. Utover dette skal en slik gjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling.

[6] Legetjenester i sykehjem: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/legetjenester-i-sykehjem-en-veileder-for-kommunene

[7] Legetjenester i sykehjem: https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/legetjenester-i-sykehjem-en-veileder-for-kommunene

[8] Forskrift om legemiddelhåndtering (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

På landsbasis har 57,7 prosent av beboere 67 år og eldre på langtidsopphold i institusjon hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene i 2019. I 2018 var denne andelen på 54,6 prosent. Det er variasjoner mellom de ulike fylkene og stor spredning mellom kommunene. Oslo hadde høyest andel beboere som har fått legemiddelgjennomgang i 2019, med 90,1 prosent. Telemark hadde lavest andel med 37,9 prosent. I 2019 var andel beboere hvor legemiddelgjennomgang ble vurdert til ikke å være relevant på 1,5 prosent. Andelen som ikke har hatt legemiddelgjennomgang, eller ikke rapportert, er på 40,9 prosent.

7.3.4 Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem

Eldre er en sårbar pasientgruppe hvor mange har vansker med å få i seg nok mat og drikke, og de har derfor større risiko for å bli underernærte. For å fange opp de som er i risiko og gi dem tilpassede tiltak slik at underernæring eller komplikasjoner til underernæring kan unngås, er det nødvendig å kartlegge ernæringsstatus. Ifølge retningslinjene skal alle beboere i sykehjem/institusjon vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse/vedtak og deretter månedlig, eller etter et annet faglig begrunnet individuelt opplegg[9]. En indikator på dette er om alle beboere på sykehjem er blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene.

Tall for 2019 viser at 47,8 prosent av beboere på sykehjem i alderen 67 år og eldre hadde blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene. I 2018 var andelen 46,2 prosent. Det er store variasjoner mellom fylkene og spredningen innad i fylkene er stor. I Oslo hadde 79,5 prosent av beboerne på sykehjem blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene. I Finnmark var andelen på 18,9 prosent.

På landsnivå i 2019 hadde 18,6 prosent ikke fått kartlagt egen ernæringsstatus, mens det for 3,1 prosent var oppgitt å ikke være relevant. Samtidig manglet 30,5 prosent rapportering om ernæringsmessig oppfølging. Av beboerne som ble ernæringsmessig kartlagt i 2019, var 41,5 prosent i risiko for underernæring. 70,7 prosent av dem som var i risiko for underernæring, hadde fått utarbeidet en ernæringsplan.

[9] Helsedirektoratet: Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring 2.opplag/09/2010.

7.3.5 Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende

Studier viser at 20 – 60 prosent av hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, er underernærte eller i fare for å bli det. Underernæring øker risikoen for komplikasjoner, reduserer motstand mot infeksjoner, forverrer fysisk og mental funksjon, gir redusert livskvalitet, forsinker rekonvalesensen og gir økt dødelighet.

Tall for 2019 viser at 19,3 prosent av hjemmeboende i alderen 67 år og eldre som mottar helsetjenester i hjemmet har blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene. I 2018 var andelen på 15,8 prosent. Det er store variasjoner mellom fylkene. I Oslo ble 30,6 prosent av hjemmeboende vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av de siste 12 månedene. I Finnmark var andelen 5,9 prosent. I 2019 fikk 41,1 prosent ikke kartlagt egen ernæringsstatus, mens det for 10,3 prosent var oppgitt å ikke være relevant med kartlegging. Samtidig manglet 29,5 prosent rapportering om ernæringsmessig oppfølging. Blant tjenestemottakere som har blitt ernæringsmessig vurdert, var 32,6 prosent i risiko for underernæring. 48,0 prosent av de som var i risiko for underernæring fikk utarbeidet en ernæringsplan.

7.4 Pasient- og brukererfaringer

Pasienter og brukeres erfaringer med helse- og omsorgstjenestene er en verdifull kilde til kunnskap i arbeidet med kvalitetsforbedring. Utvikling av kvalitetsindikatorer basert på pasientrapporterte data beriker det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet ved å vise kvalitet i tjenestene slik pasienter og brukere opplever det. Folkehelseinstituttet har en nasjonal funksjon for måling av brukererfaringer med helsetjenesten. Resultatene av undersøkelsene publiseres som nasjonale kvalitetsindikatorer og gir institusjonene relevant informasjon til kvalitetsforbedringsprosesser. Folkehelseinstituttet videreutvikler disse undersøkelsene ved at de legges om fra tverrsnittsundersøkelser til løpende undersøkelser, bruk av elektroniske målinger og hyppigere rapporteringer.

I 2019 ble det gjennomført eller publisert slike undersøkelser blant foresatte til barn som mottok tilbud ved poliklinikk i psykisk helsevern, en brukerunderundersøkelse hvor fastleger vurderte distriktspsykiatriske sentre, og det ble gjennomført brukererfaringsundersøkelser blant pasienter til fastlegene.

7.4.1 Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker

Kvalitetsindikatoren som måler foresattes erfaringer med barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) ble publisert første gang i 2019.

Den nasjonale undersøkelsen[10] viste at foresatte hadde positive erfaringer med poliklinikkene på flere områder. For eksempel rapporterte nesten 90 prosent at de ble møtt med høflighet og respekt, 80 prosent at behandlerne viste omtanke og omsorg for barnet, og nesten 75 prosent at behandlerne tok foresattes synspunkt på alvor. På andre områder var resultatene dårligere. For eksempel rapporterte nesten 60 prosent av de foresatte negative erfaringer/vurderinger av informasjonen de fikk om behandlingsmuligheter fra BUP, mer enn halvparten hadde negative erfaringer når det gjaldt innflytelse på valg av behandlingsopplegg, og mer enn halvparten rapporterte negative erfaringer i forhold til poliklinikkens samarbeid med andre instanser.

Resultatene fra gjennomgang av 500 fritekstkommentarer i undersøkelsen viste at majoriteten signaliserte rom for forbedring på områdene kommunikasjon, diagnose, ventetid for å få et tilbud hos BUP og informasjon. En del foresatte rapporterte god kommunikasjon med behandlerne, og videre var tilgjengeligheten til poliklinikkene et gjennomgående tema. Mange foresatte uttrykte ønske om mer veiledning og oppfølging av seg og barnet enn det de hadde fått tilbud om.

7.4.2 Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre

Fra høsten 2018 til våren 2019 gjennomførte Folkehelseinstituttet en nasjonal undersøkelse om fastlegers vurdering av virksomheten ved distriktspsykiatriske sentre (DPS).[11] På nasjonalt nivå var indikatorene med den høyeste skåren kompetanse og epikriser. På fire av syv indikatorer lå skårene på nasjonalt nivå i den negative halvdelen av skalaen, lavest på veiledning. Med unntak av ventetid, var skårene på alle indikatorene lavere i 2018 enn de var sist undersøkelsen ble gjennomført, i 2014. Den største tilbakegangen fra 2014 var på indikatoren henvisninger, som handlet om i hvilken grad fastlegene erfarte at DPS-et tar deres vurderinger på alvor, i hvilken

[10] https://www.fhi.no/publ/2019/resultater-fra-nasjonal-brukererfaringsundersokelse-blant-foresatte-til-bar/

[11] https://www.fhi.no/publ/2019/fastlegers-vurdering-av-distriktspsykiatriske-sentre-resultater-i-2018-og-u/

grad DPS-et avviste henviste pasienter og også i hvilken grad DPS-et begrunnet avvisningene de gjorde. Basert på fastlegenes svar i denne undersøkelsen kan det tyde på at det har skjedd en negativ utvikling siden 2014 på nasjonalt nivå når det gjelder samhandlingen mellom fastlegene og DPS-ene, og når det gjelder personer med psykiske lidelsers tilgang til spesialiserte tjenester.

7.4.3 Brukererfaringer med fastleger

Fra høsten 2018 til våren 2019 gjennomførte Folkehelseinstituttet en undersøkelse av brukeres erfaringer med fastlegen.[12] Pasienters vurdering av fastlegene viste at mange pasienter er fornøyde med fastlegen, særlig når det gjelder fastlegens evne til å gjøre seg forstått, ta pasienten på alvor, om vedkommende er faglig dyktig og henviser videre ved behov. Ut fra pasientenes perspektiv er det et større forbedringspotensial når det gjelder tilgjengelighet, ventetid og organisering. Mange synes ikke ventetiden for å få time eller ventetiden på venterommet er akseptabel. Nesten hver tredje pasient oppgir at de må vente mer enn to dager ved behov for å få time raskt, og 36 prosent at de vanligvis må vente mer enn en uke for å få en time når behovet ikke er akutt.

Flere undergrupper rapporterer dårligere pasienterfaringer enn andre, som pasienter med dårlig egenvurdert fysisk helse og pasienter som er født i andre land enn Norge. Pasientene opplever også at fastlegen ikke har nok tid. Mange som har hatt behov for hjemmebesøk eller tolk har ikke fått tilbud om dette. Kun 4 prosent oppga at de hadde hatt behov for hjemmebesøk og 2 prosent behov for tolk, men av disse var det henholdsvis 62 prosent og 72 prosent som oppga at de ikke fikk et slikt tilbud sist gang de hadde et behov. Andre forbedringsområder er informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner. 50 prosent oppgir at fastlegen sjelden eller aldri skriver ut medisinlister ved endringer i medisineringen.

Fritekstkommentarene i undersøkelsen viser at mange er fornøyde med tilbudet slik det er i dag og at kontinuiteten fastlegen representerer er viktig. Likevel signaliserer majoriteten også at det er rom for forbedringer. Mange skriver om tilgjengelighet eller organisering av tjenesten, at det er rom for forbedring når det gjelder ventetid på legekontoret, ventetid for å få time, tidsrommet det er mulig å få time og hvor lett eller vanskelig det er å komme i kontakt med tjenesten. Det framheves at fastlegen har for mange pasienter, at tiden som er satt av til konsultasjon er kort og at fastlegen oppleves som stresset.

[12] https://www.fhi.no/publ/2019/pasienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-201819/

8 Helseatlas

Helseatlasene analyserer og beskriver forbruk av helsetjenester i Norge. Samtlige publiserte helseatlas har påvist variasjoner i tjenestetilbud som er karakterisert som uønsket og som dermed utfordrer målet om likeverdig tilgang til helsetjenester. Variasjon er uønsket når den ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med.

Helseatlasene har flere ganger pekt på områder der forbrukstallene indikerer overbehandling og enkelte ganger underbehandling. Underbehandling kan innebære at noen ikke får tjenestene de har behov for. Overbehandling kan innebære at ressursene brukes på pasienter som ikke har behov for, eller nytte av tjenestene de mottar, og at pasientene utsettes for unødig risiko for pasientskader.

Helseatlasene analyserer og beskriver omfanget av spesialisthelsetjenester gitt til befolkningen i opptaksområdene til de enkelte helseforetak. Oversiktene omfatter ikke helsetjenester som er levert av private tjenesteytere og i sin helhet betalt av pasienten selv eller pasientens forsikringsselskap. Datagrunnlaget for helseatlas er først og fremst fra Norsk Pasientregister, supplert med data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre og KUHR-databasen (kontroll og utbetaling av helserefusjoner).

Helseatlas i Norge ble initiert etter inspirasjon fra The Dartmouth Health atlas fra USA og Right Care fra England og utviklet av Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF og Helse Vest RHF er gitt i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utvikle en nasjonal helseatlastjeneste i samarbeid med Helsedirektoratet. SKDE ivaretar helseatlasoppdraget for Helse Nord RHF, og Helse Førde HF etablerte en helseatlasenhet for Helse Vest RHF. Helseatlasene er utarbeidet i samarbeid med berørte fagmiljø, og flere atlas er laget på oppfordring fra fagmiljøene. Det er utarbeidet atlas for dagkirurgi, barnehelse, nyfødtmedisin, eldrehelse, kols, ortopedi, gynekologi og fødselshjelp samt psykiatri/TSB. Dagkirurgiatlaset er så langt det eneste atlaset som er oppdatert med data for en ny tidsperiode.

I 2019 ble Helseatlas for gynekologi og Helseatlas for fødselshjelp (tall fra 2015–2017) offentliggjort fra SKDE. Helseatlas for gynekologi viste stor og uberettiget geografisk variasjon i bruken av mange helsetjenester, både innen diagnostikk og utredning og innen kirurgisk behandling av flere tilstander. Innen diagnostikk og utredning var variasjonen særlig stor når det gjaldt bruk av kolposkopi[1], og funnet bekreftet tidligere funn som tyder på et stort, geografisk skjevfordelt overforbruk av kolposkopi. Bruk av kirurgi ved selvbestemt abort viste svært stor geografisk variasjon, noe som sannsynligvis kan knyttes til ulik praksis når det gjelder rådgivning, informasjon og i hvor stor grad kvinnens egne ønsker om behandlingsmetode vektlegges. Det var også stor og uberettiget geografisk variasjon i bruk av kirurgisk behandling for kraftige og/eller hyppige blødninger, skjede- og livmorfremfall og urininkontinens, samt i bruk av hysterektomi (fjerning av livmoren).

Overordnet sett var variasjonen i Helseatlas for fødselshjelp mindre enn for gynekologi, men i flere tilfeller ble det også på dette feltet funnet uberettiget variasjon. Helseatlas for fødselshjelp dokumenterte uberettiget geografisk variasjon i bruk av keisersnitt, klipping under fødsel (episiotomi), instrumentell vaginal fødsel og epidural. Den største variasjonen var likevel i bruk av spesialisthelsetjenester i barseltiden, etter utskriving fra fødsel. Sett under ett gir resultatene i atlaset ifølge rapporten grunnlag for å reise spørsmål om oppfølgingen av mor og barn i barseltiden er like høyt prioritert, eller like godt organisert, som oppfølgingen av mor og barn gjennom svangerskap og fødsel. Til tross for at en faglig veileder utarbeidet av Norsk gynekologisk forening har vært tilgjengelig siden midten av 1990-tallet, dokumente-

[1] Kolposkopi er en undersøkelse av skjeden og livmortappen ved hjelp av et spesielt mikroskop, kolposkop, som gir ca. 10–20 ganger forstørrelse. Kilde: Store medisinske leksikon.

rer ifølge SKDE de to helseatlasene til dels store variasjoner i praksis.

Arbeid med Nasjonalt helseatlas for psykisk helsevern og rusbehandling ble påbegynt i 2019, og atlaset ble offentliggjort av Helse Førde i 2020. Arbeid med et helseatlas for kvalitet i pasientbehandlingen ved nødvendige helsetjenester ble også initiert mot slutten av 2019. Atlaset vil benytte data fra medisinske kvalitetsregistre og publiseres i 2021. At det forekommer uønsket eller uberettiget variasjon i forbruk av en helsetjeneste, innebærer at helsetjenesten ikke er likeverdig fordelt. Dette kan blant annet skyldes manglende enighet blant fagfolk om hva som skal opereres eller forskjeller i kapasitet. Det er ikke kjente geografiske forskjeller i sykelighet for tilstandene hvor dokumentert variasjon er karakterisert som uberettiget. I utgangspunktet inneholder Helseatlas ikke informasjon om hva som er riktig nivå for en helsetjeneste, noe som det ofte vil være usikkerhet og uenighet om.

Stor variasjon kan derfor være uttrykk både for over- og underbehandling, og bør følges opp med nærmere undersøkelser og faglig diskusjon om hvor mye eller lite behandling som er nødvendig uten å risikere over- eller underbehandling. «Gjør Kloke Valg»-kampanjen til Den norske legeforening er et initiativ som bidrar til dette.

Del II
Oppsummering

9 Departementets oppsummering

Denne meldingen er den syvende i rekken av årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. En helsetjeneste av god kvalitet handler om at tjenestene som tilbys er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Årsmeldinger og rapporter fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Statens undersøkelseskommisjon og Helseatlasene gir ikke et samlet bilde av kvaliteten på tjenesten, men bidrar til åpenhet og innsikt i risikoområder som fordrer oppmerksomhet og oppfølging for å sikre befolkningen likeverdig tilgang til en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet.

De nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorene nyanserer bildet og muliggjør å følge med på utviklingen over tid på ulike kvalitetsdimensjoner. De årlige meldingene har gjennomgående vist at Norge i internasjonal sammenheng har høy forventet levealder og gode resultater på overlevelse på behandlingsbare tilstander, men har forbedringspotensiale på informasjon, tilgjengelighet, medvirkning og pasientsikkerhet. Gjennomgående utfordringer som er avdekket gjennom meldingene er at mangelfull samhandling, koordinering, kommunikasjon og medvirkning bidrar til pasientskader, unødvendig ventetid og ekstra belastning for pasienter og brukere.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Denne meldingen inngår i kunnskapsgrunnlaget for departementets arbeid med stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier. Utfordringene på de konkrete fagområdene som kildene peker på, svares ut i oppfølgingen av stortingsmeldinger, proposisjoner, handlingsplaner og strategier som denne regjeringen har lagt fram. Se vedlegg for samlet oversikt. Meldingen avdekker også risikoområder som kommuner, helseforetak og private tjenesteytere forventes å bruke som kunnskapsgrunnlag i planlegging, utøvelse, evaluering og korrigering av helse- og omsorgstjenester.

9.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene

Ifølge OECDs kvalitetsindikatorer er Norge i beste tredel av OECD-landene på resultatindikatorer som viser overlevelse på behandlingsbare tilstander som hjertesykdommer, hjerneslag og noen krefttyper. For fem års overlevelse etter leukemi hos barn er Norge imidlertid blant den dårligste tredelen av OECD-landene.

Norge er i midtre tredel på indikatorer relatert til innleggelse i sykehus for tilstander som kunne vært unngått ved forebygging i primærhelsetjenesten, ulike tilstander relatert til pasientsikkerhet (komplikasjoner og infeksjoner) og forskrivning av antibiotika. Norge er i dårligste tredel på indikatorer som er relatert til pasientmedvirkning og tid hos fastlegene, samt psykisk helsevern og influensavaksine til de over 65 år.

Resultatene på OECD sine indikatorer samsvarer med utfordringer avdekket i nasjonale kvalitetsindikatorer og øvrige kilder i del I. Pasient- og brukerombudene har i 2019 særlig rettet oppmerksomhet mot utfordringer pasienter med psykiske helseproblemer står ovenfor når det gjelder tilgang til og innhold i tjenestene, samt samhandling om pasientene. Andre tema som trekkes fram av ombudene er bedre informasjon og medvirkning, mangelfull samhandling, fastlegeordningen, økt kompetanse på saksbehandling og klagesakbehandling, rehabilitering og hjemmetjenester. Ombudene viser også til fylkesmennenes landsomfattende tilsyn om utlokalisering av pasienter i somatisk spesialisthelsetjeneste. I 2019 påviste tilsynet lovbrudd hos 8 av 10 helseforetak for deres håndtering av pasienter som, på grunn av mangel på plass, ble flyttet til en annen sengepost enn vedkommende opprinnelig skulle på.

Både Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) utarbeider rapporter som bidrar til læring på tvers av helseforetak og tjenestenivå. Helsetilsynet har blant annet undersøkt tilsynssaker mot leger i allemenpraksis som gjelder kreftsykdom for å se om det finnes fellestrekk som kan medvirke til læring og forbedring i helsetjenesten. Ukom ble etablert i mai 2019 og mottok 532 vars-

ler og 83 bekymringsmeldinger første halvår. Ukoms undersøkelser tar utgangspunkt i hendelser og forhold som kan ha relevans for alle som yter tilsvarende tjenester. Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar, men kartlegger hva som skjedde for å kunne peke på årsakssammenhenger og systemfeil som kan være viktige for å forebygge nye alvorlige hendelser. Ukom har gått inn i fem tema første halvår og har publisert rapporter om tidlig diagnostikk og behandling av alvorlig febersyke barn og legemiddelrelaterte dødsfall i psykisk helsevern.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) sine erstatningskrav og medholdssaker gir i likhet med tilsynssaker og varsler til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon kunnskap som er relevant for helsetjenestens arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. NPE publiserer jevnlig rapporter og artikler basert på eget materiale og legger til rette for å bruke NPE-saker til forskning og studentoppgaver. I 2019 publiserte de blant annet rapporten «Ti år med privat helsetjeneste – tannbehandling» og resultater fra en gjennomgang av vedtak i NPE fra 2012 til 2016. NPE har i artikler og rapporter belyst fødselsomsorgen.

I 2019 ble Helseatlas for gynekologi og Helseatlas for fødselshjelp offentliggjort av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Til tross for at det foreligger en faglig veileder utarbeidet av Norsk gynekologisk forening, dokumenterer de to helseatlasene til dels stor og uberettiget variasjon i praksis.

I 2019 var det en nedgang i andel helsetjenesteassosierte infeksjoner både i sykehus og sykehjem. Helsetjenesteassosierte infeksjoner er sammen med legemiddelrelaterte skader og kirurgiske komplikasjoner de hyppigst forekommende pasientskadene som avdekkes i den årlige beregningen av omfanget av pasientskader i norske sykehus ved bruk av journalgranskningsmetoden Global Trigger Tool. Selv om det statistisk er en nedadgående trend i omfanget av pasientskader fra 2012 til 2019 så var 12,4 prosent av inneliggende somatiske pasientopphold forbundet med skade i 2019.

Antibiotikaresistens er en av de største utfordringene vi står ovenfor i moderne medisin, både nasjonalt og internasjonalt. Bruk av bredspektret antibiotika i både sykehus og allmennpraksis er for høy i Norge, selv om utviklingen går i riktig retning. Alle de fire helseregionene har hatt reduksjon i bruken fra 2012 til 2019, men nedgangen på totalt 15,8 prosent er langt fra målet om en reduksjon på 30 prosent innen utgangen av 2021. Forskrivning fra allmennpraksis og legevakt står for rundt 80 prosent av antibiotikabruken i Norge. På landsbasis var nedgangen i antall utskrevne resepter på 26,7 prosent i perioden 2012 til 2018, men økte noe igjen i 2019. Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten er forlenget med ett år og det vil komme en ny plan. Handlingsplan for bedre smittevern, med formål om å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner varer fram til 2023.

På alle nasjonale kvalitetsindikatorer finner man betydelig variasjon både mellom helseforetak, kommuner og fylker. I kommunehelsetjenesten er variasjon også naturlig på grunn av ulike lokale og kontekstuelle forhold, men på flere av indikatorene er det grunn til å stille spørsmål om variasjonen er uønsket stor.

Det er økende behov for avansert og tverrfaglig helsehjelp i helse- og omsorgstjenestene. Innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene ser vi på nasjonalt nivå en forbedring på flere av indikatorene som er viktige for kvalitet og pasientsikkerhet. Andelen årsverk i helse- og omsorgssektoren med helse- og sosialfaglig utdanning økte i 2019. Flere sykehjemsbeboere ble vurdert av lege, flere har hatt legemiddelgjennomgang, og flere har fått vurdert sin ernæringsstatus. Selv om utviklingen går i riktig retning på nasjonalt nivå er variasjonen stor mellom fylkene og kommunene.

9.2 Mål og virkemidler

Mål og tiltak i de årlige stortingsmeldingene har vært knyttet til Regjeringens visjon om pasientens helsetjeneste, samt ledelse, system og kultur for bedre pasientsikkerhet. Åpenhet og læring har vært førende verdier. Målene må bygge på de identifiserte utfordringene. Basert på de gjennomgående utfordringene som er avdekket gjennom meldingene er det god grunn til å videreføre de overordnede målene for kvalitet og pasientsikkerhet som ble presentert i Meld. St. 9 Kvalitet og pasientsikkerhet 2018:

- Pasientens helsetjeneste
- Åpenhet, læring og forbedring
- Målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet

Pasientens helsetjeneste handler om at pasientene får rask, trygg og god helsehjelp når de trenger det og at de får medvirke i egen helsehjelp. Pasienters erfaringer og tilbakemeldinger skal alltid lyttes til og må inngå i alt kvalitetsforbedrings-

Figur 9.1 Aktuelle kunnskapskilder for helse- og omsorgstjenesten i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring og som grunnlag for etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

arbeid. Den kunnskapen og de erfaringene som til enhver tid foreligger, må brukes systematisk. Mer åpenhet og deling av både gode resultater og uønskede hendelser vil bidra til et bedre tilbud til pasienter og brukere og færre pasientskader. Den enkelte virksomhet må arbeide målrettet og systematisk og bygge en kultur for åpenhet, læring og forbedring. Ledelsesforankring og medvirkning fra medarbeidere, brukere og pårørende er grunnleggende i en slik forbedringskultur.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er sentrale virkemidler for å nå målene. I det følgende gis det en nærmere omtale av etterlevelsen av forskriften og oppfølging av handlingsplanen.

9.2.1 Etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er et viktig verktøy for ledere i offentlig og privat helsetjeneste som skal sikre at virksomhetene leverer faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Forskriften omtaler følgende elementer som grunnleggende i et styringssystem: *Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere.* Statens helsetilsyn har gjennom sin virksomhet erfaringer med etterlevelse av forskriften i helse- og omsorgstjenesten. Nedenfor gis en nærmere omtale av Helsetilsynets erfaringer samt en omtale av status for de regionale helseforetakenes etterlevelse av forskriften. Innledningsvis beskrives hvordan forskriften kan anvendes i arbeidet med helseberedskap og som kan være nyttig i det videre arbeidet med oppfølgingen av koronapandemien.

Helseberedskap

I Nasjonal helseberedskapsplan fra Helse- og omsorgsdepartementet gis det en beskrivelse av kvalitets- og forbedringsarbeidet innenfor samfunnssikkerhet og beredskap. Planen illustrerer hvordan forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan brukes i det systematiske arbeidet med helseberedskapen.

Ifølge Nasjonal helseberedskapsplan skal alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren ha *kunnskap* om hvilke verdier de forvalter og skaffe seg oversikt over hendelser som kan føre til ekstraordinære belastninger. Eksempler på aktuelle oversikter og analyser er overordnete risiko- og sårbarhetsvurderinger i helse- og omsorgssektoren, krisescenarioer utgitt av Direktoratet

Figur 1
Modell etter forskrift om ledelse og kvalitets-forbedring i helse- og omsorgtjenesten

Figur 2
Samfunnssikkerhet som kjede (Meld. St. 10 (2016–2017) Risiko i et trygt samfunn.

Figur 9.2 Figur 1: Modell etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og Figur 2: Modellen anvendt på området samfunnssikkerhet

for samfunnssikkerhet og beredskap, Nasjonal trusselvurdering fra Politiets sikkerhetstjeneste og risikovurderinger fra Folkehelseinstituttet og Vitenskapskomiteen for mat og miljø. *Forebygging* er sentralt i alt beredskapsarbeid og innebærer blant annet at virksomheter som har planplikt etter helseberedskapsloven også har plikt til å gjennomføre risiko- og sårbarhetsanalyser samt iverksette tiltak. Videre forventes det at alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren har *beredskap*splaner i tråd med forskrift om krav til beredskapsplanlegging og beredskapsarbeid mv. Alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren skal benytte sine forberedte systemer for *håndtering*, varsling og kommunikasjon, kriseledelse og rapportering. I arbeidet med helseberedskap er også *gjenoppretting* viktig. Alle virksomheter skal ha forberedt langsiktige tiltak for å gjenopprette funksjoner og bidra til normalisering etter hendelser. *Læring*, både av mindre og større hendelser, er grunnleggende i forbedringsarbeidet. Alle virksomheter forventes derfor å jobbe systematisk med å følge opp læringspunkter fra hendelser og øvelser. Scenariobaserte øvelser som bygger på risikoanalyser og erfaringer fra tidligere hendelser og øvelser skal bidra til at personell har forutsetninger for å løse sine oppgaver. Virksomhetene forventes å dokumentere hvordan de gjør dette og hvordan de benytter erfaringer fra hendelser og øvelser i utformingen av nye øvelser og rutiner.

Etterlevelse i helse- og omsorgstjenesten

Statens helsetilsyn bidrar til å identifisere risikofaktorer i helse- og omsorgstjenesten gjennom undersøkelser av de alvorlige hendelsene som varsles. I oppfølgingen etterspør Helsetilsynet om nødvendige tiltak blir iverksatt for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten, i tråd med ansvaret forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten pålegger virksomhetens ledelse. Både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten blir på denne måten utfordret til å iverksette og følge opp risikoreduserende tiltak etter å ha mottatt rapport etter tilsynet, men det forventes også at vurderinger

gjøres fortløpende og at eventuelle tiltak kan settes inn før resultatene fra Helsetilsynets rapport foreligger.

Det er Statens helsetilsyns erfaring at virksomhetene i all hovedsak har implementert regelverket, samtidig som det er ulikheter i hvor langt virksomhetene er kommet i arbeidet med forskriften. Ifølge Helsetilsynet kan det også skorte på etterlevelsen. Det er flere årsaker til dette, for eksempel oppgir flere virksomheter mangel på ressurser eller mangel på nyttige verktøy. Helsetilsynet ser at forbedringsarbeid ofte er planlagt i tråd med forventningene, men at det kan svikte når det gjelder å ta i bruk erfaringer fra medarbeidere, pasienter og pårørende. Samtidig erfarer Helsetilsynet at grundig og systematisk oppfølging av alvorlige hendelser avdekker forbedringsområder og stimulerer til forbedringsarbeid. I det følgende gis det eksempler fra helse- og omsorgstjenesten.

Det ble i en kommune avdekket at flere pasienter på et sykehjem over tid var gitt legemidler som ikke var rekvirert av lege. Videre hadde pasientene også fått flere legemidler enn det som var rekvirert til dem. Selv om feilene var begått av en enkelt ansatt, vektla Statens helsetilsyn at avvikene i legemiddelhåndteringen skjedde over en tidsperiode på flere måneder, i strid med gjeldende rutiner uten at avvikene ble avdekket. Helsetilsynet viste også til at administreringen av legemidler ble dokumentert i pasientjournaler uten at virksomheten avdekket svikten. Videre ble det vist til at det ble gjort registreringer av både manko og pluss i legemiddelregnskapet ved uttak av ulike legemidler, men at heller ikke disse avvikene ble fanget opp av ledelse/virksomheten. Samlet framsto den påpekte svikten ved legemiddelhåndteringen ved sykehjemmet som gjennomgående, og Helsetilsynet vektla at risikoen for svikt er stor ved manglende styring og kontroll med legemiddelhåndteringen. Sykehjemmet hadde på de tidspunktene feilene skjedde både skriftlige prosedyrer og interne retningslinjer for håndtering av legemidler. Til tross for dette synes ikke virksomheten å ha fulgt egne prosedyrer i praksis. Registreringer av avvik i legemiddelregnskapet ble ikke fanget opp ved kontroller. Ledelsen ved sykehjemmet var kjent med at metodebok for administrering av legemidler bare delvis ble fulgt opp av de ansatte ved sykehjemmet. Til tross for dette, ble det ikke igangsatt tiltak fra virksomhetens side før den aktuelle tilsynssaken ble opprettet.

Noen framtredende funn etter et landsomfattende tilsyn med somatiske helsetjenester til utlokaliserte pasienter[1], kan tyde på mangelfull systematisk styring av kritiske områder i mange av helseforetakene. Kompleksiteten i spesialisthelsetjenesten er generelt stor, med mange og mer spesialiserte profesjonsgrupper involvert, avansert utstyr og teknologi og økende behov for kommunikasjon og samhandling. Utlokalisering av pasienter innebærer at kravene til sikkerhetstiltak øker, og ledere og medarbeidere må derfor ha skjerpet bevissthet om risikostyring og risikohåndtering, inkludert skjerpet bevissthet om strukturer som støtter opp om samhandling og samarbeid mellom personell og ulike organisatoriske enheter. Nedenfor følger eksempler fra spesialisthelsetjenesten der Helsetilsynet erfarer at helseforetak har fulgt opp med risikoreduserende tiltak slik forskriften forutsetter.

2 av 10 HF har identifisert utlokalisering som et risikoområde som styres og følges opp særskilt. Eksempler på risikoreduserende tiltak som er iverksatt:

- HF har identifisert utlokalisering av pasienter som et risikoområde, og satt i verk risikovurderende tiltak.
- Det er gitt føringer for hvilke pasienter som utlokaliseres, praksis er i all hovedsak i samsvar med HFs seleksjonskriterier.
- Beslutningen om at pasienten kan utlokaliseres, blir tatt av lege med relevant fagspesifikk kompetanse i samråd med sykepleier.
- Det er gitt føringer for medisinsk- og sykepleiefaglig planlegging og formidling av opplysninger om pasienten til mottakende sengepost.
- Ledelsen følger med på at de iverksatte tiltakene fungerer som forutsatt og at forbedringer blir gjort når det er nødvendig.

Følgende eksempel om samarbeid ved oppfølging av kritisk syke pasienter, viser også betydningen av risikovurdering. En pasient med alvorlig lungesykdom ble innlagt i sykehus på medisinsk sengepost med to sykepleiere på vakt som ikke hadde anledning til å forlate sengeposten. Pasienten hadde behov for tett oppfølging av sykepleier og kontinuerlig tilførsel av oksygen. Han hadde også behov for nødvendig behandling ved en radiologisk avdeling. Han ble derfor transportert av en portør og fikk med seg en transportabel oksygenkolbe med begrenset oksygenmengde. Portørene hadde rapportert til ledelsen om sine erfaringer

[1] Med «utlokalisert pasient» menes en innskrevet pasient som, på grunn av plassmangel, mottar spesialisthelsetjenester på en annen sengepost enn den som har fagspesifikk sykepleiekompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

med at oksygenkolbene gikk tomme. Helsepersonellet på radiologisk avdeling hadde ikke kompetanse til å følge med på at oksygenkolben gikk tom og at pasienten ble dårligere. Han fikk alvorlige respirasjonsproblemer og døde under behandlingen da gjenopplivningsforsøk ikke lyktes. Helsetilsynet konkluderte med at virksomheten ikke hadde sikret at kritisk syke pasienter fikk forsvarlig helsehjelp ved transport innad i sykehuset og under behandling ved andre avdelinger.

Tilsynet avdekket svikt i etterlevelse av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring:

- Det var ikke gjennomført risikovurderinger for å sikre forsvarlig helsehjelp ved transport av pasienter innad i sykehuset.
- Det var ikke planlagt med tilstrekkelige ressurser til at personell med rett kompetanse både kunne følge pasienter til undersøkelser og samtidig ivareta behovene i avdelingen.
- Det manglet tydelige retningslinjer for å sikre at pasientene skulle få forsvarlig helsehjelp under transporten og mens undersøkelsen/behandlingen pågikk.
- Det var ikke sørget for nødvendig opplæring av annet helsepersonell som kunne overta ansvaret.
- Erfaringer fra sykepleierne om at bemanningen ikke tillot at de kunne forlate posten var ikke benyttet i planleggingen av driften.
- Erfaringer fra medarbeiderne om at oksygenkolbene rutinemessig gikk tomme, var ikke blitt benyttet i planlegging av driften.
- Dødsfallet ble meldt som internt avvik, og det ble gjennomført systematisk avvikshåndtering sammen med de involverte.
- Sammen med oppfølging av tilsynssaken bidro den interne avvikshåndteringen til at utfordringene på nytt ble aktualisert, og relevante tiltak for å redusere risiko for pasientgruppen ble identifisert og iverksatt.

Helsetilsynet erfarer at ledere på ulike nivåer opplever ulike forventninger fra overordnede og medarbeidere og har ofte manglende støtte, hensiktsmessige verktøy og ressurser til å «holde trykket» over tid i forbedringsarbeidet. Forbedringsprosesser må også ta høyde for uforutsette endringer som at ansatte slutter, retningslinjer endres, omorganisering mm. Helsetilsynet ser at erfaring med tidligere prosesser er til stor hjelp, og har inntrykk av at spesialisthelsetjenesten har kommet lenger enn den kommunale helse- og omsorgstjenesten i arbeidet. Det er særlig systematisk evaluering og korrigering som er blant utfordringene som Helsetilsynet avdekker. Hendelser som involverer flere virksomheter eller tjenestenivåer, og som forutsetter samarbeid og gjensidige retningslinjer, er ofte mer krevende å følge opp. Det er i tillegg en utfordring dersom retningslinjer og prosedyrer utarbeides av personell som ikke har tilstrekkelig praktisk erfaring og unnlater å involvere fagmiljøet. Evne til å formidle at retningslinjer er et risikoreduserende tiltak er også en forutsetning for å lykkes.

Etterlevelse i spesialisthelsetjenesten

I foretaksprotokollen for 2020 stilte Helse- om omsorgsdepartementet krav om at de regionale helseforetakene rapporterer på etterlevelse av forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, hvordan den årlige gjennomgangen er lagt opp og erfaringer så langt.

Rapporteringen tyder på at forskriften er implementert i alle de regionale helseforetakene og i helseforetakene, men at det er stor variasjon i hvor langt de er kommet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring erstattet fra 2017 forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Tilbakemeldingene kan tyde på at enkelte virksomheter ennå ikke har konvertert sin virksomhetsstyring fra internkontrollforskriftens krav til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Kravet om årlig gjennomgang av styringssystemet er i varierende grad etablert og gjennomført. Samtidig synes det som om virksomhetene som ennå ikke har etablert dette, har lagt planer for dette med mål om å få alle elementer i forskriften på plass og innarbeide dette i eget styringshjul. Systematisk risikovurdering og plan for oppfølging av identifiserte risikoområder er en viktig del av styringssystemet som de regionale helseforetakene og helseforetakene har etablert eller planlegger å integrere i dette. Rapporteringen viser at det har vært dialog mellom de regionale helseforetakene om innretningen av ledelsens gjennomgang og at arbeidet med å få implementert forskriften har vært viktig og nyttig. Fortsatt gjenstår det tiltak i regionene før helhetlige systemer er fullt ut på plass, blant annet gjenstår det mer vektlegging av risikostyring og mer systematisk deling av analyser, hendeler og forbedringstiltak på tvers av helseforetak. Samtidig viser tilbakemeldingene at selve arbeidet med å få implementert forskriften har vært viktig i seg selv, som ledd i det systematiske arbeidet med å bygge forbedringskultur, forbedringskompetanse og for å styrke pasientsikkerhet både lokalt og regionalt.

9.2.2 Oppfølging av Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

I mars 2019 la Helsedirektoratet fram «Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring». Helse- og omsorgsdepartementet hadde bedt direktoratet utarbeide en overordnet plan, da pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24–7* ble avsluttet året før. Planen skulle bidra til målrettet og samordnet innsats for trygge og sikre tjenester og bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Handlingsplanens formål er å videreføre de beste elementene fra pasientsikkerhetsprogrammet og å samordne innsatsen om pasientsikkerhet, samt legge til rette for at kravene i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterleves.

Handlingsplanen i korte trekk

Handlingsplanens visjon er en trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt. Målet er; færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Målgruppen for handlingsplanen er virksomhetsledere med ansvar for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i henhold til forskriften, samt relevante aktører som skal understøtte og legge til rette for at dette er mulig.

Planen beskriver fire hovedområder, med tilhørende tiltak. De fire områdene er definert på bakgrunn av trender og utvikling internasjonalt og nasjonalt. Områdene løftes gjennomgående fram som de mest sentrale for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Innenfor hvert område er det utarbeidet konkrete anbefalinger for tiltak som må utvikles og følges opp.

Status

Helsedirektoratet har i 2019 arbeidet med å sikre en samordnet oppfølging av arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Oppfølging skjer nå i den ordinære styringsdialogen og på relevante arenaer med aktørene i helse- og omsorgstjenesten og ikke lenger som en særskilt programoppfølging. De regionale helseforetakene har i oppdragsdokumentet fått i oppgave å implementere den nasjonale handlingsplanen gjennom regionale planer. Et godt eksempel på dette er Helse Vest sin plan[2]. Kommunene har også ansvar for å etterleve forskriften som danner utgangspunktet for planen, og handlingsplanen er et godt

[2] https://helse-vest.no/helsefagleg/kvalitet

Figur 9.3 Hovedelementene i Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

verktøy for å sikre bedre etterlevelse og styrket kvalitet og pasientsikkerhet også i kommunale helse- og omsorgstjenester. Helsedirektoratet har som oppfølging av Handlingsplan for allmenlegetjenesten fått i oppdrag å operasjonalisere et kvalitetssystem for allmennlegetjenesten innenfor rammen av forskriften og handlingsplanen.

Nettsiden for pasientsikkerhetsprogrammet, merkevaren *I trygge hender 24–7* og Pasientsikkerhetskonferansen videreføres og skal være en felles plattform som støtter opp under målet om samordnet innsats.

I det følgende beskrives status for handlingsplanens fire hovedområder, med utgangspunkt i Helsedirektoratets oppfølging av planen.

Helsedirektoratet har fått ansvaret for å ivareta funksjonen som nasjonalt kompetansemiljø på pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Formålet med et nasjonalt kompetansemiljø er å samle, koordinere og støtte tjenestene i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette gjøres ved å tilgjengeliggjøre kunnskap om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring samt materiell og verktøy.

Ledelse og kultur

I handlingsplanen understrekes det at det må utvikles en kultur som sikrer oppmerksomhet og engasjement for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Her er ledelse sentralt.

- Tiltak 1: Integrere arbeidet med pasientsikkerhet i etablerte styringslinjer.
- Tiltak 2: Etablere og styrke arenaer for deling av kunnskap og erfaring.
- Tiltak 3: Utvikle en kultur som tilrettelegger for åpenhet og læring.

Helsedirektoratet lanserte i 2019 *Snakk om forbedring!* som er et digitalt dialogverktøy for å vurdere status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Verktøyet er utviklet i samarbeid med helsetjenesten og kan brukes på ulike organisatoriske nivå og i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Gjennom strukturert dialog vurderer avdelinger seg selv på ti ulike områder innenfor kultur og læring. Dette gir grunnlag for å identifisere forbedringsområder og lage en plan for forbedringsarbeidet. Helsedirektoratet har erfart stor interesse fra foretak og kommuner for å ta i bruk verktøyet og få veiledning til oppstart og støtte i implementeringsprosessen.

I arbeidet med å prioritere og planlegge nasjonale initiativer tilknyttet arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur, har Helsedirektoratet satt i gang et arbeid for å få økt innsikt i utfordringsbildet, sammenhenger, behov og pågående initiativ.

Kompetanse

Kompetanse i arbeid med pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og risikostyring styrkes gjennom en kombinasjon av nasjonale, regionale og lokale tiltak. Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester må utvikle egne strategier for hvordan bygge kompetanse i praksis, hvordan ta i bruk erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende og aktivt involvere dem i forbedringsarbeidet, jf forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er det nødvendig med støtte fra nasjonalt nivå.

- Tiltak 4: Bygge kompetanse og kapasitet i tjenestene.
- Tiltak 5: Identifisere og spre oppdatert kunnskap om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Helsedirektoratet samarbeider med tjenesten om opplæringstiltak knyttet til metodiske tilnærminger og ser på mulighet for å utvikle nyttige ressurser. I samarbeid med blant annet Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder ble det i 2019 startet opp et arbeid med å utvikle en spillbasert, digital læringsressurs innenfor grunnleggende forbedringskompetanse. Målgruppen er helsepersonell i både spesialist- og kommunale helse- og omsorgstjenester, som ikke har grunnleggende kompetanse som er nødvendig for å kunne delta i et forbedringsarbeid på egen arbeidsplass. Læringsressursen, med navnet Forbedringsspillet ble lansert våren 2020.

Det er et stort behov for å styrke observasjonskompetansen til de ansatte i kommunal helse- og omsorgstjeneste om forverret tilstand. For å bidra til dette har Helsedirektoratet gitt fire utviklingssentre tilskudd til å utvikle et nasjonalt kompetanseprogram. Kompetanseprogrammet KlinObs-Kommune vil bidra til å sikre tidlig oppdagelse av forverret tilstand.

I 2019 startet direktoratet et kartleggingsarbeid for å få bedre oversikt over pågående og planlagte kompetanseløp, samt kommunenes vurdering av egen kompetansebeholdning og kapasitet og behov for nasjonal støtte. Resultatet av kartleggingen forelå første kvartal 2020 og vil danne grunnlag for utvikling av tiltak for å bistå kommunene i nødvendig kompetanseutvikling framover.

Det jobbes på regionalt og lokalt nivå med å utvikle og styrke opplæringsaktiviteter. For

eksempel er det etablert et system og strategi for kompetanseheving både i Helse Vest og Helse Nord (QI North). Det jobbes også med dette på kommunalt nivå, særlig gjennom satsninger som «Leve hele livet» og Gode pasientforløp. USHT gjennomførte i 2019 en rekke læringsnettverk, som er et pedagogisk rammeverk for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner. Det var særlig områdene ledelse av pasientsikkerhet og tidlig oppdagelse av forverret tilstand som var faglig tema i disse nettverkene.

Nasjonale satsinger

For å redusere pasientskader er det nødvendig å følge opp eksisterende nasjonale satsinger og iverksette nye innen områder med identifisert risiko for pasientskade og potensiale for forbedring.

- Tiltak 6: Utvikle, iverksette og følge opp nasjonale satsinger.

Aktiviteter og tiltak for å redusere pasientskader som har sammenheng med legemidler og infeksjoner videreføres og forsterkes. Tilgjengelige datakilder viser fortsatt at dette er områder med store utfordringer på nasjonalt nivå. På infeksjonsområdet følges dette opp gjennom Handlingsplan for bedre smittevern, med formål om å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019–2023.

I det tidligere pasientsikkerhetsprogrammet konsentrerte arbeidet seg om 16 utvalgte innsatsområder. Områdene, for eksempel forebygging av trykksår, ble valgt fordi de hadde et stort potensiale for forbedring. Samtidig fantes det mange mulige tiltak som lett kunne iverksettes og som hadde dokumentert effekt. Et siste krav var at det fantes gode metoder for å evaluere effekt av tiltakene. Med utgangspunkt i dette innsiktsarbeidet utviklet og implementerte pasientsikkerhetsprogrammet de såkalte tiltakspakkene suksessivt i tjenesten. I 2019 startet det omfattende arbeidet med å omarbeide tiltakspakkene på innsatsområdene til nasjonale faglige råd og på den måten integrere dem i Helsedirektoratets porteføljе av normerende produkter. Tidlig oppdagelse av forverret tilstand vil i 2020 være den første tiltakspakken som videreføres som nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet. Ansvaret for å implementere og spre tiltak og nasjonale faglige råd ligger i helse- og omsorgstjenesten.

Systemer og strukturer

Handlingsplanen løfter behovet for å følge med på utviklingen av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring over tid. For å få til dette må det jobbes både nasjonalt og lokalt med å utvikle systemer og strukturer som gjør dette mulig.

- Tiltak 7: Følge med på utviklingen av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring over tid.

Helsedirektoratet har pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring inne i sitt følge-med ansvar.

Alle helseforetak i Norge kartlegger pasientskader regelmessig med metoden Global Trigger Tool (GTT). Ved hjelp av strukturert journalgjennomgang avdekkes forekomsten av pasientskader over tid. Det jobbes med å videreutvikle undersøkelsen. Undersøkelsen ForBedring kartlegger arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur i norske sykehus. Dette danner grunnlag for lokal forbedring ved den enkelte enhet eller avdeling i spesialisthelsetjenesten og å følge med på utviklingen over tid – på ulike ledelsesnivå og nasjonalt. I tillegg er det per i dag et utvalg av de nasjonale kvalitetsindikatorene som beskriver ulike aspekter av pasientsikkerhet, og det ble i 2019 igangsatt arbeid for å utvikle flere.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Stortingsmeldingen gir et overordnet innblikk i status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet. Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten og skal føre til bedre helse- og omsorgstjenester, 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 11. desember 2020 om Kvalitet og pasientsikkerhet 2019 blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier

Stortingsmeldinger:

Meld. St. 11 (2014–2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/

Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/

Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/

Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/

Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019):* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/

Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/

Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/

Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/

Meld. St. 39 (2016–2017) *Evaluering av bioteknologiloven:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/

Meld. St. 6 (2017–2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/

Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/

Meld. St. 11 (2018–2019) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/

Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/

Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2019/id2639770/

Meld. St. 24 (2019–2020) *Lindrende behandling og omsorg:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20192020/id2700942/

Meld. St. 9 (2019–2020) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2018:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/

Meld. St. 6 (2020–2021) *Tilbaketrekking av Prop. 65 L (2019–2020) Lov om ehelse:* https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20202021/id2771416

Handlingsplaner og strategier:

Demensplan 2020: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/

Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet 2017–2017: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/

Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/

Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskading-2014-2017/id758063/

HelseOmsorg21: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/

Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-pandemisk-influensa/id2354614/

Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-handlingsplan-for-bedre-kosthold-20172021/id2541870/

Nasjonal helseberedskapsplan: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/a-verne-om-liv-og-helse/id2583172/

Nasjonal overdosestrategi: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-overdosestrategi-2019-2022/id2636987/

Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015–2020: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-antibiotikaresistens-2015-2020/id2424598/

Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-arbeidet-mot-virale-leverbetennelser-hepatitter/id2504728/

Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/frivillighetsstrategi/id2429965/

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av Helse-Omsorg21-strategien: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringa-sin-handlingsplan-for-oppfolging-av-helseomsorg21-strategien/id2463030/

Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/

Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/flere-ar--flere-muligheter/id2477934/

Regjeringens strategi for god psykisk helse: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/

Regjeringens strategi for ungdomshelse: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ungdomshelse/id2503980/

Strategi for seksuell helse: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/

Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/redusert-tilbakefall-til-ny-kriminalitet/id2556905/

Nasjonal diabetesplan 2017–2021: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/

Nasjonal hjernehelsestrategi 2018–2024: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-hjernehelsestrategi-20182024/id2581669/

Nasjonal kreftstrategi 2018–2022: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/

Nasjonal strategi mot hepatitter: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-hepatitter/id2618584/

Strategi for mennesker med funksjonsnedsettelse – Et samfunn for alle: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-mennesker-med-funksjonsnedsettelse--et-samfunn-for-alle/id2623105/

Handlingsplan mot voldtekt 2019–2022: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022/id2637644/

Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023: https://www.regjeringen.no/no/dokument/id2000006/?from=01.01.2019&to=31.12.2019&documenttype=dokumenter/planer&ownerid=421

Mat, mennesker og miljø: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/matsystemer/id2661208/

Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019–2023: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern/id2675233/

Regjeringens handlingsplan mot rasisme og diskriminering på grunn av etnistitet og religion 2020–2023: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-mot-rasisme-og-diskriminering-pa-grunn-av-etnisitet-og-religion-2020–2023/id2681929/

Nasjonal beredskapsplan mot utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-mot-utbrudd-av-alvorlige-smittsomme-sykdommer/id2680654/

Kortversjon Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/

Bedre helse – bedre liv. Innsats i norsk utviklingspolitikk for å bekjempe ikke-smittsomme sykdommer: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/bedre_helse/id2678493/

Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-2020-2025/id2740946/

Handlingsplan for fortsatt reduksjon i antall svangerskapsavbrudd: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-fortsatt-reduksjon-i-antall-svangerskapsavbrudd/id2721431/

Beredskapsplan for smitteverntiltak ved økt smittespredning under covid-19 pandemien: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/beredskapsplan-for-smitteverntiltak-ved-okte-smittespredning-under-covid-19-pandemien/id2705749/

Handlingsplan for fysisk aktivitet 2020–2029: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-aktive-liv/id2704955/

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten/id2701926/

Langsiktig strategi og plan for håndteringen av covid-19 pandemien: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/langsiktig-strategi-og-plan-for-handteringen-av-covid-19-pandemien-og-justering-av-tiltak/id2701518/

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
www.publikasjoner.dep.no
Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Rita Åse, Konsis

Trykk: Departementenes sikkerhets- og
serviceorganisasjon – 12/2020