



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 6

(2017–2018)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2016



Innhold

1	Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet	5	6.2	Særskilte tema	25
1.1	Meldingens oppbygging og innhold	6	7	Nasjonalt kvalitetsindikator-system	27
Del I	Sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet	9	7.1	Oppsummering av resultater	27
2	Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv ...	11	7.2	Resultater på konkrete fagområder	28
2.1	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling	11	7.2.1	Helse- og omsorgstjenester i kommunene	28
2.2	Commonwealth Fund	13	7.2.2	Tannhelse	34
3	Pasient- og brukerombudene ..	15	7.2.3	Diabetes hos barn og unge	35
3.1	Hovedtrekk i årsmeldingen	15	7.2.4	Antibiotika	37
3.2	Særskilte tema	15	7.2.5	Infeksjoner	38
4	Statens helsetilsyn og fylkesmennene	18	7.2.6	Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne	39
4.1	Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering	18	Del II	Oppsummering	41
4.1.1	Landsomfattende tilsyn i 2016	18	8	Departementets oppsummering	43
4.1.2	Undersøkelsesenheten – oppfølging av alvorlige hendelser ..	19	8.1	Hovedtrekk fra de ulike kildene ..	43
4.2	Særskilte tema	20	8.2	Pasientens helsetjeneste	44
5	Norsk pasientskadeerstatning ..	22	8.3	Bedre ledelse, kultur og systemer	49
5.1	Hovedtrekk i årsrapporten	22	9	Økonomiske og administrative konsekvenser	53
5.2	Særskilte tema	22	Vedlegg		
6	Meldeordningen	24	1	Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier	54
6.1	Hovedtrekk i årsrapporten	24			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 6

(2017–2018)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2016

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 8. desember 2017,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Vårt mål er å sikre pasienter og brukere rask, trygg og god hjelp når de trenger det. Samtidig skal pasientene oppleve å være en likeverdig part. Dette har vi jobbet for i hele forrige regjeringsperiode, og vi vil fortsette å jobbe for det i inneværende periode.

For å kunne skape pasientens helsetjeneste, må vi også være åpne om utfordringer. Vi ønsker å få en bred og åpen diskusjon om forbedringspotensialet i helse- og omsorgstjenesten. Målet er å øke oppmerksomheten og bevisstheten rundt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, både i helsepolitikken og på alle nivåer i tjenesten.

En stor andel av Norges befolkning har hvert år kontakt med helse- og omsorgstjenesten som pasient, pårørende og/eller ansatt. Det er stor risiko for svikt i helse- og omsorgstjenesten, og det kan ha store konsekvenser for både pasienter, pårørende og ansatte.

Internasjonale studier anslår at halvparten av de uønskede hendelsene som fører til pasient-skade kunne vært unngått. Helse- og omsorgstjenesten bruker hvert år betydelige ressurser til å behandle slike skader. I tillegg får pasientskader

konsekvenser på andre områder som for eksempel arbeid og velferd. Virksomhetene i alle deler av helse- og omsorgstjenestene har et lovpålagt ansvar for å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Kvalitetsarbeidet bør være forankret i våre politiske og demokratiske organer helt opp til Stortinget. Regjeringen vil legge til rette for at dette området regelmessig blir debattert. Derfor har vi bestemt at vi vil legge frem en årlig melding om kvalitet og pasientsikkerhet, og denne stortingsmeldingen er den fjerde meldingen i rekka.

Status og utfordringer

Denne meldingen oppsummerer utfordringer som krever innsats på alle nivå: Informasjonsflyt og kommunikasjon, trygge overganger innad i tjenestene og mellom tjenestenivå og etterlevelse av prosedyrer, retningslinjer og regelverk.

Det er viktig å bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomheten. I denne meldingen gir Pasient- og brukerombudene, Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstat-

ning og Meldeordningen innsikt i risikoområder som krever oppmerksomhet og oppfølging. Kildene gir ulike typer data. Når vi oppsummerer rapportene fra de samme kildene i et samlet dokument hvert år, gir det innblikk i noen gjennomgående utfordringer. Da blir det lettere å ta tak i dem.

Denne meldingen retter oppmerksomheten mot områder der vi har utfordringer og behov for forbedring. Den gir derfor ikke et helhetlig bilde av kvaliteten i helsetjenesten. Når meldingen har oppmerksomhet på risikoområdene, blir de positive sidene ikke så godt synlige.

Vi har en god helse- og omsorgstjeneste i Norge og oppnår gode resultater på mange områder. De fleste er fornøyd med de tjenestene de får. Dette fremgår både av nasjonale undersøkelser og internasjonale sammenligninger. Å lære av de gode resultatene og erfaringene er grunnleggende. Systematisk deling og bruk av gode resultater bør derfor i større grad inngå i kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Regjeringens arbeid

Helse- og omsorgstjenesten må omstilles for å møte fremtidens utfordringer. Viktige utviklingstrekk er blant annet vekst i folketallet, en aldrende befolkning, økt omfang av personer som lever med kroniske og sammensatte lidelser og en rivende utvikling i ny teknologi, behandlingsmetoder og legemidler. Det er bred enighet om at det verken er bærekraftig eller mulig å løse utfordringene gjennom økte ressurser og flere ansatte.

Derfor må helse- og omsorgstjenesten allerede nå utvikle nye og bedre måter å arbeide og samhandle på, også for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.

De tre første meldingene til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet vektla at bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å utvikle pasientens helsetjeneste, forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene og redusere uberettiget variasjon. Dette videreføres i inneværende regjeringsperiode.

Manglende kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet har i en årrekke vært trukket frem som en utfordring. Nå har vi mye data og økt kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet. Utfordringen er å bruke kunnskapen for å planlegge, styre og forbedre tjenestene. Den nye forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring som trådte i kraft i januar 2017 legger grunnlaget for en kvalitetsorientert ledelse og systemer for dette.

Regjeringen mener det er viktig å synliggjøre variasjon i tilbud, kvalitet og pasientsikkerhet og rette innsatsen inn mot følgende områder:

- Utvikle pasientens helsetjeneste.
- Utfordre personell, pasienter og ledere på alle nivå til å bruke kunnskap om variasjon, kvalitet og pasientsikkerhet som grunnlag for å redusere uønsket variasjon og forbedre tjenestene.
- Utvikle en kvalitetsorientert ledelse og etablere systemer for en åpen, sikkerhetsfokustert og lærevillig kultur.

I tillegg til de årlige meldingene har regjeringen gjennomført en rekke tiltak for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen la i forrige regjeringsperiode frem flere stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier på helse- og omsorgsområdet, se vedlegg for oversikt. Den nevnte forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring er sentral. Det samme er etableringen av helsedataprogrammet for å kunne utnytte helse- og kvalitetsregistre enda bedre. I tillegg kommer flere nasjonale kvalitetsindikatorer, rapporter og publiseringsverktøy som gir kunnskap om variasjon, kvalitet og pasientsikkerhet. Dessuten bidrar standardisering gjennom de nye pakkeforløpene for kreft til å øke kvaliteten i behandlingen. Flere pakkeforløp er under utvikling.

Regjeringen vil i 2018 etablere en undersøkelseskomisjon for oppfølging av alvorlige hendelser. Vi har lagt frem for Stortinget en lovproposisjon med en meldingsdel som ledd i oppfølgingen av Ariansonutvalgets NOU 2015: 11 «Med åpne kort – samfunnets forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser».

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Fra 2018 skal spesialisthelsetjenesten gjennomføre felles årlige kartlegginger av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen er utarbeidet i regi av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender».

For å bedre kvaliteten i eldreomsorgen, er det igangsatt et arbeid med en kvalitetsreform for eldre – Leve hele livet. Reformen planlegges fremlagt i form av en stortingsmelding våren 2018.

1.1 Meldingens oppbygging og innhold

Denne meldingen omhandler kvalitet og pasientsikkerhet for 2016. Meldingen følger samme oppbygging som de tidligere meldingene, slik at det er mulig å vurdere og følge utviklingen over tid.

Meldingens del 1 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, Helsedirektoratets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer.

Meldingens del 2 oppsummerer hovedtrekkene som er identifisert i del 1. Denne delen er strukturert ut i fra regjeringens overordnede tilnærming til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet; nemlig å videreutvikle pasientens helsetjeneste og videreutvikle ledelse, kultur og systemer.

Denne meldingen peker på utfordringer som skal ligge til grunn for politikk og tiltak i hele

helse- og omsorgssektoren. Del 2 inneholder som tidligere år utvalgte tiltak som har relevans for utfordringene. Oppmerksomheten er rettet mot utfordringene som er avdekket i del 1 i denne meldingen, og områdene som en samlet helse- og omsorgskomite påpekte i Innst. 234 S (2016–2017) i forbindelse med behandlingen av den årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet for 2015.

Regjeringen har iverksatt og gjennomført mange tiltak for å understøtte tjenesten. Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet krever systematisk tilnærming og innsats over tid. Denne innsatsen bidrar til å skape pasientens helsetjeneste.

Del I

Sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

Informasjon om kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i et internasjonalt perspektiv kan være nyttig for å videreutvikle både kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet i Norge. Informasjonen må brukes med varsomhet ettersom det er store variasjoner i rapportering fra ulike land og det er statistisk usikkerhet knyttet til målingene. Her er en kort omtale av hvordan den norske helse- og omsorgstjenesten vurderes ved sammenligninger i regi av Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) og Commonwealth Fund.

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 hvert annet år utgis «Health at a Glance», en rapportserie som gir informasjon om helse og helse-system for medlemslandene i OECD. Fra 2010 har OECD i samarbeid med EU, supplert serien med regionale rapporter for Europa. Rapportene bidrar til å gi beslutningstakere en felles og samlet informasjon om organisering, finansiering og resultater av helse-systemet i alle EU- og EØS-land. «Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle» er dermed den fjerde regionale helse-rapporten, og den inneholder sammenlignbare data fra 36 europeiske land, basert på de nyeste tilgjengelige data. Det betyr at enkelte av indikatorene i den regionale rapporten er de samme som ble publisert i «Health at a Glance» fra 2015.

Nytt i rapporten fra 2016 er to sammensatte indikatorer som ser på kvalitet for hele helse-systemet, fra forebygging til spesialisthelsetjeneste. Norge skårer blant de beste landene på begge indikatorene. Eurostat har utviklet indikatorene som viser omfanget av dødsfall som kan unngås ved henholdsvis folkehelseiltak og helse-tjenestetiltak. Den første indikatoren er en samlet vurdering av dødsfall som det kan være mulig å

forebygge. De tilstandene hvor en kan redusere dødelighet ved forebygging er: hjertesykdommer, lungekreft, ulykker, alkoholrelaterte sykdommer, selvmord, kolorektal kreft, brystkreft og en rekke andre, mindre tilstander/årsaker. Den andre indikatoren ser på dødsfall som i større grad kan unngås ved bedre behandling. Tilstander hvor en kan redusere dødelighet ved behandling er: hjertesykdommer (ischemiske), sirkulasjonssykdommer som for eksempel hjerneslag, samt kolorektal kreft, brystkreft, blodtrykk, lungebetennelse og en rekke andre, mindre tilstander/sykdommer. Det er flere forhold som kan påvirke dødelighet, og en skal derfor være særlig varsom med hvordan indikatorene benyttes og tolkes.

Rapporten fra 2016 viser videre at helsetilstanden i Norge generelt er god, med høy forventet levealder og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. God samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og god oppfølging i primærhelsetjenesten for pasienter med kroniske tilstander vil blant annet kunne vises gjennom en lav innleggelsesfrekvens i sykehus. OECD presenterer tre indikatorer for unødvendige sykehusinnleggelser – henholdsvis innleggelse for astma, KOLS og kronisk hjertesvikt. Når det gjelder innleggelsesfrekvens for astma og kronisk hjertesvikt er Norge blant de beste landene, men for KOLS ligger Norge i den tredelen med høyeste innleggelsesfrekvens, og som i tabellen benevnes den dårligste tredel. Norge er også blant de aller beste landene når det gjelder lavt forbruk av antibiotika, både generelt og for volum av såkalt bredspektrert antibiotika spesielt.

Figur 2.1 viser resultatene for Norge i en tredelt rangering: dårligste/midtre/beste tredel av OECD-landene.¹

Som mål på kvaliteten på akutte tjenester måles dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt og hjerneslag. Her kommer Norge godt ut. Alle landene kan presen-

¹ Se også OECD og Folkehelseinstituttet sine nettsider: <http://www.oecd.org/eu/health-at-a-glance-europe-23056088.html>
<https://www.fhi.no/publ/2016/helse-i-norge-2016/>

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Dødsfall som kan forebygges ¹			✓
Dødsfall som kan unngås ²			✓
Forventet levealder			✓
Innleggelse astma			✓
Innleggelse KOLS	✓		
Innleggelse ved kronisk hjertesvikt			✓
Forskrivning av antibiotika			✓
Volum av bredspektret antibiotika ³			✓
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt i og utenfor sykehus			✓
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			✓
Sykehusinfeksjoner	✓		
Vellykket behandling multiresistent tuberkulose			✓
Mammografiscreening		✓	
Screening livmorhalskreft			✓
Fem års overlevelse brystkreft			✓
Fem års overlevelse livmorhalskreft			✓
Fem års overlevelse endetarmskreft		✓	
Barnevaksinasjon meslinger		✓	
Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste	✓		
Farvekoder:  Helsesystem  Primærhelsetjenester  Akutte tjenester  Pasientsikkerhet  Kreftbehandling  Smittsomme sykdommer			

Figur 2.1 Norges resultater i en tredelt rangering av OECD-landene: dårligste/midtre/beste tredel.
«Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle».

- ¹ Tilstander hvor en kan redusere dødelighet ved forebygging er: hjertesykdommer, lungekreft, ulykker, alkoholrelaterte sykdommer, selvmord, kolorektal kreft, brystkreft og en rekke andre, mindre tilstander/årsaker.
- ² Tilstander hvor en kan redusere dødelighet ved behandling er: hjertesykdommer, sirkulasjonssykdommer, kolorektal kreft, brystkreft, blodtrykk, lungebetennelse og en rekke andre, mindre tilstander/sykdommer.
- ³ Bredspektret antibiotika skal primært benyttes om førstelinjes antibiotika ikke er effektiv. Restriktiv bruk av bredspektret antibiotika bidrar til å redusere antibiotikaresistente bakterier.

tere dødelighet på sykehus, mens kun enkelte land, inkludert Norge, kan følge pasienten etter sykehusinnleggelsen, noe som gir et bedre mål på kvaliteten i hele pasientforløpet. OECD har vist til Norge som et foregangsland i bruk av slagenhet ved sykehusene. Slagenhet kan være en medvirkende årsak til nedgangen i 30-dagers dødelighet på sykehus etter slag i Norge. Fra 1990 til 2011 ble dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse redusert med 2/3.

Når det gjelder pasientsikkerhet har både Norge, Danmark og Sverige en høy forekomst av sykehusinfeksjoner. Rapporteringen av sykehusinfeksjoner er basert på den europeiske punktprevalensstudien fra European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). ECDC-undersøkelsen kommer i tillegg til den lovpålagte faste rapportering av sykehusinfeksjoner i Norge. Deltakelse i ECDC-undersøkelsen var frivillig. Kun et lite utvalg sykehus deltok i undersøkelsen fra Norge, og de kan ikke sies å være representative for landet. I rapporten beskriver OECD datagrunnlaget som dårlig for Norge og svært dårlig for Danmark og Sverige. Norske indikatorer for prevalensundersøkelser publiseres på <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/infeksjoner>.

Den andre indikatoren for pasientsikkerhet i årets rapport er «Vellykket behandling av nye forekomster av multiresistent tuberkulose». Vellykket betyr her at behandlingen er gjennomført i tråd med anbefalingene. Behandling av multiresistent tuberkulose innebærer 1-2 års behandling, i enkelte tilfeller lengre tid. Norge er blant de land med best resultater, hvor 85 prosent av pasientene har mottatt behandling i tråd med anbefalingene og regnes dermed som vellykket behandling.

OECD benytter overlevelse ved tre krefttyper som indikatorer for kvalitet. Det er livmorhalskreft, brystkreft og kolorektalkreft (tykk- og endetarmskreft). Det vises relativ overlevelse etter fem år og dødelighet, samt screeningrate for livmorhals og brystkreft. For livmorhalskreft og for brystkreft er Norge blant de beste i OECD når det gjelder overlevelse. For tarmkreft ligger Norge på gjennomsnittet av alle OECD-landene. Norge er blant de beste landene når det gjelder screening for livmorhalskreft, men har noe dårligere skår for brystkreft.

OECD sin indikator for vaksinasjonsdekning er fra Verdens helseorganisasjon. Norge skårer som gjennomsnittet i OECD-landene for meslinger og noe svakere når det gjelder dekning for vaksiner for difteri, stivkrampe og kikhoste. Norge har svært gode data for vaksinasjonsdek-

ning gjennom det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK. Data fra SYSVAK er ikke direkte sammenlignbare med andre OECD-land som oppgir estimer eller bruker spørreundersøkelser for vaksinasjonsdekning. Derfor kan det fremstå som at Norge ligger lavere enn andre land i slike rapporter. Folkehelseinstituttet publiserer en oversikt 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 helsesystemundersøkelser i en rekke land. Norge deltok for åttende gang i 2016. I denne undersøkelsen er det den generelle voksne befolkningen som vurderer hvor godt helsetjenestene i de respektive deltakerlandene fungerer. Spørreundersøkelsen inngår i CMWFs «International Health Policy»-program. Målet med programmet er å gi grunnlag for nytenkning innen helsepolitikk og å gi beslutningstakere i deltakerlandene innspill til informerte og ansvarlige beslutninger om helsetjenestesystemet. 2016-undersøkelsen ble gjennomført i følgende elleve land: Australia, Canada, Frankrike, Nederland, New Zealand, Norge, Storbritannia, Sveits, Sverige, Tyskland og USA.

Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2016 viser at det er lettere å få helsehjelp utenfor fastlegenestens kontortid i Norge enn i de andre landene. Dette har trolig sammenheng med en utbygd legevaktjeneste i Norge, noe som få andre land har.

Når det gjelder erfaringer med sin faste lege, skårer Norge dårligere enn gjennomsnittet, sammenlignet med de andre landene, på følgende områder:

- Kommunikasjon
- Brukermedvirkning
- Konsultasjonstid.

Dette handler om å ha tid nok til pasienter, gi gode forklaringer og/eller involvere pasientene i beslutningene.

På spørsmål om tilgjengelighet, tilgang og informasjon, skårer også Norge dårligere enn gjennomsnittet på følgende områder:

- Ventetid på time hos legespesialist
- Time samme eller neste dag hos fastlegen
- Informasjonsutveksling og koordinering mellom tjenester
- Utskrivningsprosessen fra sykehus.

Undersøkelsene viser imidlertid at flere aspekter ved utskrivning fra sykehus er blitt bedre over tid i Norge:

- Informasjon om legemidler
- Skriftlig informasjon ved utskrivning fra sykehusene.

Informasjon om kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i et internasjonalt perspektiv kan være nyttig for å videreutvikle både kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i Norge. Informasjonen må brukes med varsomhet ettersom det er store variasjoner i rapportering fra ulike land og det er statistisk usikkerhet knyttet til målingene.

3 Pasient- og brukerombudene

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

Det er 16 pasient- og brukerombud i landet. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudene legger i sitt arbeid vekt på:

- Tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestesteder
- Råd, veiledning og informasjon
- Bistand ved henvendelser og klager
- God tilgjengelighet og rask respons ved henvendelser
- Bidrag til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

Pasient- og brukerombudene utgir hvert år en felles årsmelding. I tillegg til felles årsmelding, utgir det enkelte ombudskontor lokale årsmeldinger. Omtalen i dette kapitlet bygger på den felles årsmeldingen.

I felles årsmelding fremkommer det at rundt 15 000 personer tok kontakt med pasient- og brukerombudene i 2016. Totalt dreide det seg om 17 600 problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenestene. En person har ofte flere forhold han eller hun ønsker råd, bistand, informasjon eller veiledning om. I alt 60 prosent av sakene i 2016 omhandlet spesialisthelsetjenesten, mens 40 prosent var knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester.

Over 50 prosent av henvendelsene til ombudene dreier seg om misnøye knyttet til selve behandlingen og utførelsen av tjenesten de mottar, det være seg alt fra påført skade til mangelfull omsorg. I alt 30 prosent av henvendelsene knyttes til rettigheter, som oftest mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter. I alt 13 prosent

handler om svikt i systemer som er laget for å ivareta pasientsikkerhet og flyt i pasientbehandling.

I nesten alle henvendelser finner ombudene elementer av mangelfull eller dårlig informasjon. God og hensiktsmessig kommunikasjon mellom helsepersonell og dem som mottar tjenestene, inkludert deres pårørende, er avgjørende for pasientsikkerheten, skriver pasient- og brukerombudene i sin felles årsmelding.

3.2 Særskilte tema

Pasient- og brukerombudene omtaler i felles årsmelding for 2016 nedenstående utvalgte tema og sju konkrete anbefalinger.

Klagerett kun på papiret?

Pasient- og brukerombudene legger til grunn at «Pasientens helsetjeneste» forutsetter pasienter og brukere som kjenner sine rettigheter, som etterspør rettighetene og som klager dersom de mener rettighetene ikke oppfylles. Det forutsetter også tjenesteytere som kjenner rettighetene, praktiserer dem og sikrer at deres pasienter og brukere er kjent med dem. Videre forutsetter det et klageorgan som effektivt bidrar til å sikre at tjenestene drives i samsvar med lov og forskrift. Ombudene mener det er svikt på alle disse områdene.

Pasient- og brukerombudene mener det er et alvorlig rettssikkerhetsproblem at kunnskapen om klagesaksbehandling og pasientrettigheter er mangelfull i helsetjenestene. I alt for mange tilfeller ser også ombudene feil og uryddig saksbehandling i forbindelse med klager.

De mener det er nødvendig med bevisstgjøring og kompetanseheving om pasientrettigheter og klagemuligheter i helse- og omsorgstjenesten. Det bør settes i verk tiltak som gjør at tjenestene på en bedre måte tilrettelegger for klagemuligheter og behandler klager på en riktig og tillitsfull måte. Ombudene er også bekymret for den lange saksbehandlingstiden hos enkelte fylkesmannsembeter.

Ombudene anbefaler:

- En informasjonskampanje rettet mot landets innbyggere for å skape kunnskap om pasient- og brukerrettighetene. Ombudene bidrar gjerne i dette arbeidet.
- En tilsvarende informasjonskampanje rettet mot tjenesteyterne.
- En styrking av tilsynsordningen.
- At helsetjenestene i større grad må orientere pasienter og brukere om pasient- og brukerombudsordningen.

Fyller fastlegene oppdraget?

Ombudene påpeker at pasientene erfarer at telefontilgjengeligheten er dårligere enn fastlegeforskriften fastsetter. Det tar lang tid å få bestilt time og ofte må pasienter vente lenge på time. Hjemmebesøk er vanskelig å få til, og fra samarbeidspartnere etterlyses mer samarbeid med de øvrige helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Det er også utfordringer knyttet til rekruttering av fastleger i distriktene. Pasienter opplever å stå uten fastlege. Flere steder foregår rene vikarstafetter. Formålet med fastlegereformen var blant annet å bidra til kontinuitet i lege-pasientforholdet, og ombudene mener at helsemyndighetene må iverksette tiltak for å sikre tilgjengelige og kontinuerlige allmennlegetjenester i hele landet. Ombudenes erfaring er at kravene i fastlegeforskriften i liten grad følges opp av kommunene.

Hos fastlegen må pasientene betale dersom de ikke avbestiller en time tidsnok. Det ettergis ingen egenandel selv om pasienten må vente mer enn en time, slik det gjøres i spesialisthelsetjenesten. Ombudene finner ingen grunn til at ikke samme regel skal gjelde i spesialisthelsetjenesten og fastlegeordningen.

Ombudene mener ungdommers plikt til å betale egenandel hos fastlege innskrenker ungdommenes mulighet til å få oppfylt viktige sider ved det å være helserettslig myndig fra fylte 16 år. Det er et sterkt fokus på unge og deres helse og på behovet for noen å henvende seg til. Det vil være naturlig at den helserettslige myndiggjøringen av 16-åringer følges opp med fritak av egenandel frem til fylte 18 år.

Ombudene anbefaler:

- Pasienter som venter over en time etter fastsatt tid hos fastlegen bør slippe å betale.

- Fastlegeordningen bør evalueres.
- Ungdom mellom 16 og 18 år bør slippe å betale egenandel hos fastlegen.

Helseklage – det går fortsatt for tregt

Pasient- og brukerombudene har med bekymring sett utviklingen i saksbehandlingstid hos Pasient-skadenemnda (PSN) etter omorganiseringen av Helseklage. Ombudene er ikke i tvil om at omleggingen har påført erstatningssøkere økte belastninger som følge av lengre saksbehandlingstid.

Ombudene påpeker at når en omgjøringsprosent i utmålingssakene hos PSN er på 32 prosent, er det vesentlig at saksbehandlingstiden blir kort og at forsvarlig saksbehandling er nødvendig for tilliten til Helseklage og helsemyndighetens ivaretagelse av pasientenes rettigheter.

Behandlingsfristen går på bekostning av det totale pasientforløpet

Ombudene er bekymret for at spesialisthelsetjenesten oppfyller pasienters rett til nødvendig helsehjelp ved at flere pasienter kalles inn til utredning og færre til behandling, uten at dette framstår klart for pasienten det gjelder. Ombudene erfarer at pasienter kalles inn til en første konsultasjon innen fristen, men at det er for lite fokus på at tidsbruken i det videre pasientforløpet skal være i tråd med god praksis og av god kvalitet.

Barn og unge

Ombudene mottar få henvendelser fra barn selv. Ombudene blir gjerne kontaktet av pårørende som opplever at deres vurdering av behov for hjelp ikke imøtekommes. Det kan være uenighet om form, omfang og kompetanse i den hjelp som gis. Erfaringene er at når et barn er sykt eller har behov for omfattende bistand, blir hele familien berørt. Derfor er det viktig å få på plass riktig hjelp raskt.

Tilbudet til brukere med omfattende hjelpebehov varierer mellom kommunene, både når det gjelder kompetanse, organisering og ressursbruk. Ombudene arbeider for at familier med omfattende hjelpebehov må sikres tilstrekkelig hjelp uavhengig av bostedskommune. Det vises også her til formålsparagrafen i pasient- og brukerrettighetsloven hvor «befolkningen skal få lik tilgang på tjenester av god kvalitet».

Pasienter med behov for psykisk helsehjelp

Mange av henvendelsene til ombudene handler om psykisk helse. Pårørendes kunnskap og erfaringer er viktige og verdifulle bidrag for å ivareta pasientens situasjon og bør benyttes i større grad enn i dag.

Ombudene erfarer at overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunal behandling og oppfølging kan være mangelfull og representerer en utfordring for pasienten.

Ombudene mener at tilbud om medikamentfri behandling må komme på plass, i tråd med politiske løfter og krav til de regionale helseforetakene.

Nye tilsynsmetoder gir grunnlag for bedre tjenester

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet påviste i 2016 alvorlige brudd på regelverk blant annet ved kontroll av institusjoner innen tvungent psykisk helsevern. Ombudene er positive til Sivilombudsmannens arbeid på dette feltet. Sivilombudsmannens arbeid kan forebygge lovbrudd overfor en sårbar pasientgruppe. Ombudene mener uanmeldte tilsyn og besøk er en arbeidsmetode som fylkesmenn og helsetilsyn i større grad kan dra nytte av i sitt arbeid overfor helse- og omsorgstjenestene.

Mangel på samhandling og medvirkning for rusavhengige

Ventetiden for behandling av rusavhengighet er blitt kortere, men fortsatt får mange avslag på henvisning til behandling. Pasienter forteller om vansker etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Manglende bolig eller dårlige boforhold umuliggjør en vellykket rehabilitering. Tverrfaglig spesialisert behandling kan vise seg nærmest bortkastet dersom pasienten ikke mottar et godt og tilpasset botilbud etter utskriving.

LAR-pasienter klager ofte på valg av medikament, utleveringssted og utleveringsrutiner, samt manglende individuell vurdering og medvirkning. Brukernes synspunkter på hva som er viktig for en vellykket behandling og rehabilitering skal innhentes og journalføres. «Hva er viktig for deg?». Svaret bør gi sterke føringer for hva som tilbys.

Kunnskap er nøkkelen til likeverdige helsetjenester

Likeverdige helsetjenester forutsetter lik tilgang på informasjon og lik reell mulighet for medvirkning. Noen pasienter er avhengig av tolk i sitt møte med helsetjenesten. Ombudene erfarer at helseansatte som ved spørsmål om bruk av tolk argumenterer med at tolketilbudet kan være vanskelig tilgjengelig og krevende av økonomiske årsaker. Informasjon om helsetilbud og pasientrettigheter må gis på en tilrettelagt måte på steder der innvandrerbefolkningen er.

«Det er denne samhandlinga»

Sitatet i overskriften kan gjenkjennes fra mange samtaler ombudene har hatt med pasienter, pårørende og helsepersonell. Dessverre omtales samhandling oftere som en mangelvare enn en ressurs. Spesielt ser ombudene store utfordringer i totaltilbudet innen rehabilitering og habilitering.

Samspeillet rundt de utskrivningsklare pasientene er fortsatt en utfordring over hele landet. Pasienter og pårørende oppfatter at de gjøres til et problem, både for spesialisthelsetjenesten som er «ferdig» med sin del av jobben og for kommunen som ikke har det nødvendige tilbudet til pasienten/brukeren på plass. Dette medfører stadig midlertidige og dårlige løsninger, der pasienten i verste fall ikke får fullt utbytte av behandlingen som er gitt, nettopp fordi oppfølgingen er mangelfull og/eller feil.

Eldre må si ifra!

Ombudene mener at det er en utbredt klagefrykt hos eldre og deres pårørende. Mange vil ikke være til bryderi, og de ønsker ikke å framstå som utakknemlige. Ombudene opplever at frykten for negative konsekvenser stopper en tilbakemelding eller klage til tjenesteyteren. Dette er bekymringsfullt. Pasient- og brukerombudene erfarer at tilbakemeldinger som regel mottas på en konstruktiv måte og brukes til endring og læring. Det må legges til rette for at kritikkverdige forhold gjøres kjent og registreres slik at de kan rettes opp.

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene

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

Statens helsetilsyn skal undersøke om helse- og omsorgstjenestene har etablert styrings- og kontrolltiltak som sikrer at hver pasient får faglig forsvarlig behandling. Statens helsetilsyn og fylkesmennene undersøker om ledelsen sørger for at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

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 spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a
- Tilsynssaker og rettighetsklager
- Planlagte tilsyn som fylkesmannen gjennomfører i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
- Lovpålagte tilsyn på områdene blod, celler, vev og organer
- Kunnskapsoppsummeringer og kartlegginger.

Tilsyn skal bidra til at pasienter og brukere får gode og trygge tjenester og føre til endring og forbedring av tjenestene når det er nødvendig. De planlagte tilsynene er risikobaserte og rettes mot områder av vesentlig betydning for pasienter og tjenestemottakere. Det vil si at det føres tilsyn der kunnskap tilsier at det er størst fare for svikt. Tilsynsfunnene er derfor ikke representative for tilstanden i tjenestene, men de gir et godt bilde av svikt som har betydning for pasientene.

4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering

Tilsynsmeldingen er en årlig publikasjon der Statens helsetilsyn trekker fram ulike sider ved sosiale tjenester, barnevern og helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er årsrapporten fra Statens helsetilsyn, årsrapporten fra Undersøkelsenheten, 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 2016

Kommunale helse- og omsorgstjenester til voksne med utviklingshemming

Det ble i 2016 gjennomført landsomfattende tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til voksne med utviklingshemming. Lovbrudd ble avdekket i 45 av 57 kommuner.

I kommunene der fylkesmennene påpekte lovbrudd, gjaldt mer enn halvparten brudd på kravene til forsvarlig gjennomføring av personlig assistanse. I nær halvparten av disse kommunene var det brudd på kravene til forsvarlig helsehjelp i form av helsetjenester i hjemmet og tilgang til medisinsk undersøkelse og behandling. Flere kommuner hadde lovbrudd på begge områder.

Ut fra rapportene er det særlig framtreddende at kommunenes tilbud til brukernes dagligliv og tjenesten personlig assistanse, svært mange steder er preget av at bistanden ikke er individuelt tilpasset, av kompetansesvikt og av at tjenesteutøvelsen foregår lite målrettet og systematisk.

På helseområdet gjelder lovbruddene dels mangelfull oppfølging av brukernes helseutfordringer, som at endringer i helsetilstanden ikke blir fanget opp og videreformidlet, eller at tiltak anbefalt etter legebesøk ikke blir iverksatt. Lege-middelhåndteringen var i mange kommuner preget av lite systematisk kontroll og svak kompetanse hos mange av dem som delte ut legemidler.

Den kanskje største utfordringen i disse tjenestene synes å være at kommunenes ledelse

ikke har tilstrekkelig forståelse for disse brukernes situasjon og omfattende behov, og ikke etter spør og kontrollerer om tjenestene drives forsvarlig og med ønsket kvalitet.

Landsomfattende tilsyn med akuttmottakenes behandling av blodforgiftning

Blodforgiftning (sepsis) er alvorlig og krever rask behandling i sykehus. Med hurtig identifisering og riktig behandling, vil mange pasienter kunne overleve uten store skader. Tilsynsmyndigheten har behandlet flere saker der helsepersonell ikke tidlig nok har mistenkt at pasienten kan ha blodforgiftning. Dette har ført til at behandling av pasienter med tegn på alvorlig infeksjon eller blodforgiftning er satt i gang for sent. Det er et dokumentert risikoområde, og i 2016–2018 gjennomfører fylkesmennene landsomfattende tilsyn med somatiske akuttmottak og deres gjenkjennelse og behandling av pasienter med blodforgiftning. Dette tilsynet inngår også i Statens helsetilsyns evalueringsprosjekt «Effekt av tilsyn».

Sentrale funn i tilsynet:

- Det gikk for lang tid før pasienter med blodforgiftning fikk behandling med antibiotika.
- Det tok for lang tid før pasienter med blodforgiftning eller mistanke om blodforgiftning ble undersøkt av lege.
- Ledelsen fulgte ikke systematisk med på om pasientsikkerheten ble ivarettatt eller hadde ikke tatt tilstrekkelige grep for å ivareta denne. Styringsdataene var ofte mangelfulle.

4.1.2 Undersøkelsesenheten – oppfølging av alvorlige hendelser

I 2016 har Statens helsetilsyn ved Undersøkelsesenheten behandlet 587 tilsynssaker på grunnlag av varsler om alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Antall varsler har økt jevnt siden etablering av varselordningen i 2010, fra 501 i 2015 og 414 i 2014. Siden varselordningen ble opprettet, har Statens helsetilsyn gjennomført 86 stedlige tilsyn. I 2016 ble det gjennomført syv stedlige tilsyn.

Alle varsler behandles som tilsynssak. Ved hver alvorlige hendelse gjør Undersøkelsesenheten innledende undersøkelser for å kartlegge hendelsen, hvordan pårørende er fulgt opp og hvordan virksomheten selv planlegger å følge opp hendelsen. Basert på en tverrfaglig helsefaglig, juridisk og tilsynsfaglig vurdering for å få belyst

saken, besluttet det hva som er nødvendig, hensiktsmessig og forsvarlig oppfølging i alle sakene. Dette gjøres i samråd med fylkesmannen, og det gis skriftlig tilbakemelding til virksomheten.

Helsetilsynet arbeider løpende med å involvere pasienter og pårørende i tilsynssaker etter varsler om alvorlige hendelser.

Helsetilsynets erfaring er at det i de fleste sakene svikter i virksomhetenes ansvar for å identifisere risiko i forbindelse med planlegging og tilrettelegging av helsehjelp. Det er svikt i hvordan virksomhetene følger opp alvorlige hendelser, både informasjon til og oppfølging av pasient og pårørende, og hvordan hendelsen brukes i arbeidet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Sakene har vist eksempler på:

- At pasienter med ulike former for alvorlige infeksjonssykdommer/sepsis får forsinket diagnostikk, prioritering, overvåkning og oppstart av antibiotika- og intensivbehandling.
- Svikt i oppfølging i forbindelse med fødsel, der det avdekkes mangelfull sikring av nødvendig kompetanse hos nyutdannede jordmødre og forsinket tilkalling av lege for å avslutte fødselen ved unormalt fødselsforløp.
- Svikt i rutiner som gjør det vanskelig å oppdage tidlig nok ulike former for akutt forverring av en alvorlig grunnlidelse, komplikasjoner til denne, eller akutt respirasjons- og sirkulasjonsstans hos inneliggende pasienter.
- Svikt i forbindelse med opplæring og bruk av nytt medisinsk-teknisk utstyr i forbindelse med kirurgisk behandling.
- Svikt i oppfølging og rutiner for rask overflytting av syk nyfødt til barneavdeling/nyfødt-intensiv på et sykehus uten barneavdeling.
- Mangelfull oppfølging av et alvorlig sykt lite barn med behov for kontinuitet og forutsigbarhet i helsehjelpen. Tilsynet avdekket at mangelfull risikovurdering ved organisatoriske endringer i helseforetaket kompliserte situasjonen for både pasientene og deres pårørende og satte helsepersonell i virksomheten og hos samarbeidende virksomheter i en krevende situasjon.
- Svikt i forbindelse med hjertetransplantasjon der sviktende ansvarsavklaringer og kommunikasjon førte til at en pasient fikk fjernet sitt syke hjerte før det viste seg at hjertetransplantatet var sendt til et annet sykehus.
- Mangelfull oppfølging av helsepersonell med rusproblemer i tilknytning til alvorlig feilbehandling ved organtransplantasjon.
- Svikt i oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk sykdom, som at økt selvmordsrisiko

hos ungdom ikke følges opp av kompetent hel-sepersonell i områder av landet med beman-ningsproblemer.

- Svikt i oppfølging av pasient som fikk langvarig behandling med medikamenter mot alvorlig psykisk lidelse. Det ble ikke gitt nødvendig informasjon og heller ikke oppfølging for å fange opp livstruende bivirkninger.

Helsetilsynet erfarer at stedlig tilsyn gir bedre informasjon både om hendelsesforløp og hvordan virksomhetene er organisert, slik at grunnlaget for tilsynets konklusjoner blir bedre i kompliserte saker. Dialogen med pasienter og pårørende blir gjennomgående bedre, de bidrar til å opplyse sakene bedre og får flere svar på sine spørsmål i etterkant av alvorlige hendelser. Virksomhetene utfordres i større grad på hvordan de følger opp alvorlige hendelser både internt og overfor pårørende, og Helsetilsynet følger opp inntil nødven-dige risikoreduserende og kvalitetsforbedrende tiltak er iverksatt.

Erfaringen er at virksomhetene er kommet ulikt i arbeidet med å lære av alvorlige hendelser. Særlig ser Helsetilsynet utfordringer på dette området når hendelser involverer flere enheter/ helseforetak og der ulike arbeidsmiljø- og samar-beidsutfordringer kompliserer bildet.

4.2 Særskilte tema

Nedenfor følger en oversikt over øvrige tema Hel-setilsynet har påpekt i sitt innspill til denne mel-lingen.

Eksperimentell¹ behandling bør skje som forskning

Eksperimentell behandling skal som hovedregel tilbys gjennom forskningsprosjekter, jf. nasjonale prinsipper for utprøvende behandling. Det bidrar til å ivareta kravet til faglig forsvarlighet, informa-sjon til pasientene, samtykke fra og oppfølging av pasientene. Forskning sikrer vitenskapelig doku-mentasjon av behandlingseffekt.

Statens helsetilsyn har i flere saker de siste årene vurdert at eksperimentell behandling,

enten med legemidler eller i form av en ny behandlingsmetode, skulle ha vært organisert som utprøvende behandling i et forskningsprosjekt. I disse sakene har det typisk vært snakk om et større antall pasienter som ikke var tilstrekke-lig informert om mulige bivirkninger og risiko ved behandlingen. Gjennomgående var den indivi-duelle indikasjonen for behandlingen utydelig, og behandlingen som ble gitt hadde et standardisert preg med få individuelle tilpasninger. Videre har den eksperimentelle behandlingen i mange tilfel-ler vært gitt til pasientgrupper som mangler doku-menterte behandlingstilbud.

Mangelfull journalføring gir dårlig pasientbehandling og truer pasientsikkerheten

I tilsynssakene Statens helsetilsyn behandler, er journalføringen ofte mangelfull. Av 432 saker Sta-tens helsetilsyn avsluttet i 2016, ble det konkludert med brudd på journalføringsplikten og kravet til journalinnhold i ca. 80 saker. Dette er bekymringsfullt fordi pasientjournalen bidrar til grunnlaget for å gi forsvarlig helsehjelp. Mangel-full journalføring er en fare for sikkerheten i helse- og omsorgstjenesten og for pasientens mulighet til å få kunnskap om sin sykdom og behandling.

Statens helsetilsyn finner til dels store man-gler i sakene. Et eksempel er mangelfulle journa-ler i saker som gjelder legers uforsvarlige rekvire-ring av vanedannende legemidler. Ofte består journalnotater kun av navn, styrke og mengde av forskrevet legemiddel. Et annet eksempel er til-synssaker mot fysioterapeuter. Journalnotatene inneholder ofte lite eller ingen informasjon om hvilke undersøkelser som er utført, funn som er gjort og hvilke vurderinger som ligger til grunn for valg av behandlingsmetode.

Risikovurdering – rus og psykiatri

Landsomfattende tilsyn i 2017 og 2018 er på områ-det tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. For å komme nærmere hvilke temaer og problemstillinger det var viktig å rette tilsynet mot, ble det gjennomført en risikovurde-ring av et bredt sammensatt fagpanel. Deres kon-klusjon var at tilbudet til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse kan svikte innen både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester og sosiale tjenester.

De tre områdene som ble rangert som mest risikoutsatte var:

¹ Helsetilsynet skiller mellom begrepene eksperimentell og utprøvende behandling slik de kommer til uttrykk i prio-riteringsforskriftens § 3. I Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester brukes begrepet utprøvende behandling både om behandling som prøves ut i kliniske studier og udokumentert behandling som gis enkeltpasien-ter utenfor kliniske studier. Helse- og omsorgsdepartemen-tet bruker begrepet utprøvende behandling i tråd med dette.

- Manglende samtidig og integrert behandling i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Bruker/pasient får ikke tilpasset bolig, herunder ikke tilpasset innholdet av tjenester i boligen.
- Mangelfull utredning, vurdering og diagnostisering av somatisk og psykisk helse og rusavhengighet.

Risikovurderingen og resultatene er beskrevet i Rapport fra Helsetilsynet 3/2016.

Blod, celler, vev og organer

Tilsynene med blod, celler, vev og organer viser at helseforetakene prioriterer kvalitetsarbeid for å trygge givere og mottakere av human materiale. Strenge myndighetskrav og nulltoleranse for feil fører likevel til at Helsetilsynet finner forbedringsområder ved de fleste av virksomhetene. Tilsynsfunn som innebærer økt risiko for pasientene er for eksempel:

- Ikke god nok identitetskontroll av blodpose og blodmottaker før blodoverføring.
- Feil og mangler ved teknisk utstyr som benyttes ved håndtering og oppbevaring av celler og vev.
- Ikke tydelig fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet ved utvelgelse av organdonorer.
- Ledelsen sikrer ikke samsvar mellom myndighetskrav, retningslinjer og praksis.

Tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp

Tvungen helsehjelp er et særlig risikoområde. Uriktige avgjørelser på dette feltet kan gi alvorlige konsekvenser – enten ved at det utøves ulovlig tvang eller at pasienter med manglende samtykkekompetanse ikke får nødvendig helsehjelp. Pasientene det gjelder er hovedsakelig personer med demenssykdom og utviklingshemming.

I 2016 gjennomgikk fylkesmennene 3843 vedtak om tvang overfor pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp. Fyl-

kesmennene opphevet eller endret 11 prosent av vedtakene som ble gjennomgått ved innkomst og 19 prosent av vedtakene ved den fornyede gjennomgangen etter tre måneder. Tilbakeholdelse i institusjon, bevegelseshindrende tiltak og bruk av reseptbelagte legemidler er de tvangstiltakene som blir brukt hyppigst.

Glassjentesaken

Stavanger Aftenblad skrev 30. januar 2016 om Ida som 15 år gammel ble plassert på barnevernsinstitusjon. I løpet av åtte måneder ble hun flyttet syv ganger mellom ulike institusjoner i Rogaland, Hordaland og Troms og ble utsatt for omfattende tvangsbruk. Fylkesmennene som hadde tilsyn med institusjonene og tvangsbruken konkluderte løpende med forsvarlig drift og at tvangen som ble brukt var lovlig. Artikkelen i Stavanger Aftenblad førte til at de tre involverte fylkesmennene gjennomførte et nytt tilsyn sammen. Omsorgen Ida var blitt tilbudt og tvangen hun var utsatt for, ble nå vurdert i sammenheng og ikke som enkelt-episoder. Involvering av Ida i tilsynet har vært sentralt for å forstå og kunne bedømme riktig.

Tilsynet de tre fylkesmennene gjennomførte, omfattet 14 kommunale og statlige virksomheter, både barnevern og helsetjenester. Det besto av innhenting av journaler, andre dokumenter, uttalelser og intervjuer. For å ta Ida sitt perspektiv i arbeidet, fikk de hjelp av Forandringsfabrikken.

Etter fylkesmennenes vurdering kunne ikke Idas 104 tvangsprotokoller være uttrykk for god omsorg. Samtidig var realiteten at den enkelte protokoll ga uttrykk for lovlig bruk av tvang. Det var altså nødvendig og riktig å bruke tvang når de så isolert på den enkelte situasjon.

Det har vært mangelfullt samarbeid mellom flere ulike tjenester i denne saken. Samarbeidet mellom psykiske helsetjenester og barnevernsinstitusjoner har ikke fungert til Idas beste. To kommunale barnevernstjenester, barne- og ungdomspsykiatriske helsetjenester, Bufetat og to barnevernsinstitusjoner fikk påpekt brudd på lovgivningen etter tilsynet.

5 Norsk pasientskadeerstatning

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

5.1 Hovedtrekk i årsrapporten

Antall saker meldt til NPE gikk ned fra 5742 saker i 2015 til 5629 i 2016 etter en rekordstor økning i saksmengden fra 2014 til 2015. I 2016 fikk 1423 erstatningssøkere medhold i kravet sitt, mens 3057 fikk avslag. Dette gir en medholdsandel på 32 prosent. Dette er tilsvarende andel som i 2014 og 2015. Medholdsprosenten i 2016 var i offentlig helsetjeneste 31 prosent og 43 prosent i privat helsetjeneste. Medholdsandelen økte med seks prosentpoeng i privat helsetjeneste fra 2015 til 2016, mens den var stabil i offentlig helsetjeneste. NPE utbetalte i alt 987 millioner kroner i erstatninger i 2016, noe som er 54 millioner kroner mer enn i 2015.

NPE viser i sin årsrapport til rapportene «Statistikk for regionale helseforetak», som viser statistikk for femårsperioden 2012–2016 og «Statistikk for privat helsetjeneste», som viser statistikk for perioden 2009–2016. Det er et siktemål at disse to rapportene skal gi inspirasjon til forbedringsarbeid i helsetjenesten. Årsrapporten til NPE inneholder ikke hovedresultater fra disse statistikkrapportene, men de er publisert på NPEs nettsider.

I rapporten for regionale helseforetak fremkommer det at NPE innenfor spesialisthelsetjenesten behandler flest saker knyttet til ortopedi (38 prosent), svulster og kreftsykdommer (15 prosent), fødselshjelp og kvinnesykdommer (7 prosent), gastroenterologisk kirurgi (6 prosent) og psykiatri (5 prosent). Svikt i behandlingen er den hyppigste årsaken til medhold, med en andel på 57 prosent. Forsinket eller feil diagnose utgjør den nest største andelen med 27 prosent.

Rapport for privat helsetjeneste viser at NPE har mottatt 3817 saker i perioden. Antallet saker har økt hvert år siden 2009 og utgjorde i 2016 tolv prosent av den totale saksmengden. Hver enkelt innmeldt sak knyttes til en eller flere helsepersonellgrupper. Tannleger og tannlegespesialister utgjør totalt sett 56 prosent av helsepersonellgruppen. Kirurger er den nest største helsepersonellgruppen med 17 prosent. Kirurgi er hovedsakelig knyttet til de tre medisinske områdene plastikkirurgi, ortopedi og gastroenterologisk kirurgi. Hele 78 prosent av medholdssakene i privat helsetjeneste gjelder svikt i behandlingen.

5.2 Særskilte tema

Bidrag til og deltakelse i pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsarbeid er en viktig oppgave for NPE. NPEs database gir kunnskap om hva slags skader pasienter opplever i kontakt med helsetjenesten, samt årsaker til at skadene oppstår. Siden 1988 har 24 000 pasienter og pårørende fått erstatning. I NPEs database finnes anonymiserte opplysninger om disse medholdssakene, samt opplysninger om 43 000 saker som har endt med avslag.

Systematisk gjennomgang av både medholds- og avslagssaker innen bestemte fagområder fører til identifikasjon av risikoområder og områder for forbedringer. For eksempel presenterer NPE i sin årsrapport en artikkel basert på en gjennomgang av 108 medholdssaker knyttet til lungekreft. Her fremkommer det at feiltolkning av prøvesvar er den viktigste årsaken til medhold i lungekreft-sakene. Årsrapporten viser til flere kvalitetsprosjekter i 2016 basert på NPEs datamateriale. Dette gjelder prosjekter innen fagområdene gastroenterologisk kirurgi, gynekologi, patologi og anestesi. I tillegg er det foretatt en studie om manglende dokumentasjon basert på 130 saker der manglende eller mangelfull dokumentasjon var en viktig faktor for at det ble gitt medhold. Årsrapporten viser også til at masterstudenter i 2016 har startet opp gjennomgangen av NPEs materiale innenfor

temaene eldre erstatningssøkere, diagnostisering av føflekkreft og tannlegebehandling.

Årsrapporten inneholder ikke informasjon om resultater av de enkelte prosjektene. Resultatene er publisert i form av artikler, mastergradsoppgaver og studentoppgaver. NPE har imidlertid en egen nettside med presentasjon av løpende og

avsluttede prosjekter som er basert på NPE-statistikk og informasjon fra databasen.

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

6 Meldeordningen

Virksomheter i spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldeordningen forvaltes av Helsedirektoratet. Den årlige årsrapporten fra Meldeordningen gir en kort oversikt over de ulike hendelsestypene som representerer utfordringer i et pasientsikkerhetsperspektiv på systemnivå.

6.1 Hovedtrekk i årsrapporten

I 2016 mottok Meldeordningen 10 094 meldinger, hvorav 9875 inneholdt tilstrekkelig informasjon til at vurdering og klassifisering var mulig. I 1330 hendelser var det registrert betydelig skade (13,5 prosent). Av de 435 hendelser som omhandlet dødsfall (4,4 prosent), var det 149 selvmord. I 2368 hendelser (24 prosent) var det ikke registrert noen skade på pasienten. Disse er meldt

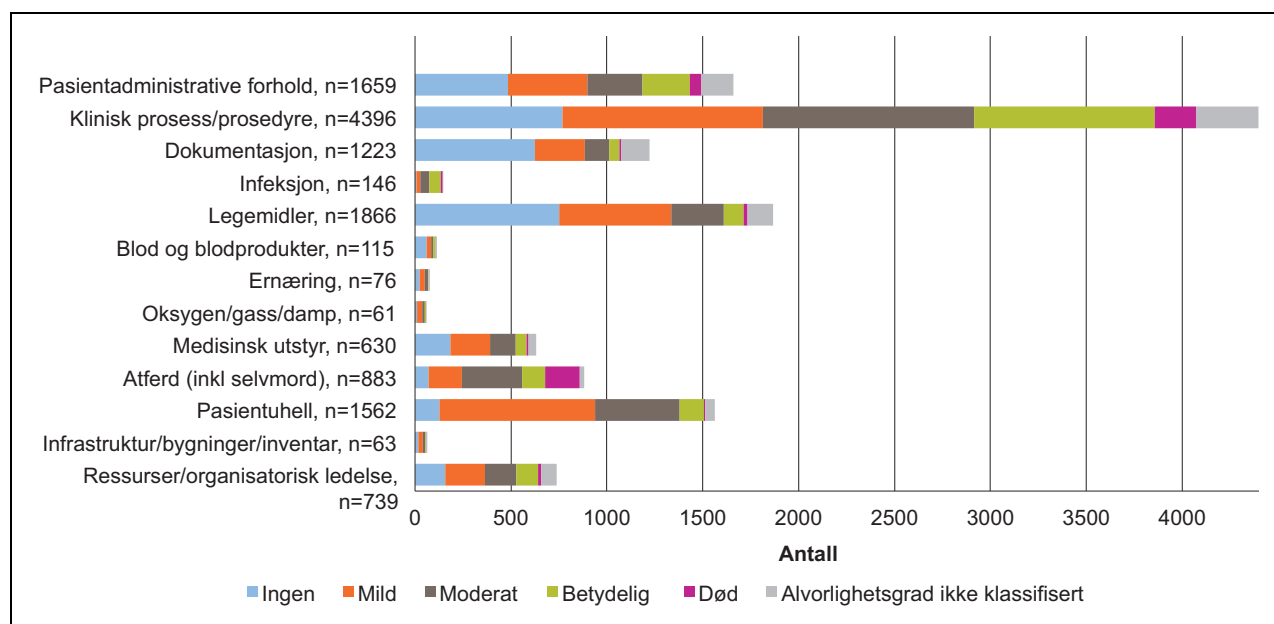
fordi hendelsene kunne ha medført betydelig pasientskade.

I årsrapporten fremkommer det at antall innmeldte hendelser har vært svakt økende fra oppstart i 2012. De to siste årene har det vært en økning i antall hendelser med alvorlighetsgrad mild og moderat.

De mottatte hendelsene klassifiseres i henhold til WHOs klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser og fordeles i ulike hendelsetyper og etter alvorlighetsgrad som vist i figur 6.1. En hendelse kan klassifiseres i flere hendelsetyper. Derfor overstiger summen av hendelsene i de ulike kategoriene antall hendelser totalt.

Som figur 6.1 viser, forekom hendelser relatert til *Kliniske prosesser/prosedyrer* hyppigst, deretter følger kategoriene *Legemidler*, *Pasientadministrative forhold* og *Pasientuhell*. Dette samsvarer i stor grad med tidligere års klassifiseringer.

Avvik knyttet til *kliniske prosesser/prosedyrer* forekom i 45 prosent av hendelsene (n=4396). I denne kategorien var det 217 pasienter som døde og i 941 hendelser var det betydelig pasientskade. De hyppigste og alvorligste hendelsene:



Figur 6.1 Alvorlighetsgrad i de ulike hendelsestypene. N=9875

Kilde: Meldeordningen, Helsedirektoratet

- Retningslinjer/prosedyrer var ikke fulgt (n=1157)
- Behandling ble igangsatt for sent (n=759) eller feilaktig (n=499)
- Forsinket diagnose (n=373)
- Ufullstendig diagnose (n=475).

I 1866 meldinger (19 prosent) var det registrert feil knyttet til *legemiddelhåndtering*. Betydelig pasientskade var registrert i 102 hendelser. I 22 hendelser ble det meldt at pasienten døde. De største risikoområdene var:

- Feil ved utdeling av legemidler på post (n=1239)
- Feil ved ordinasjon (n= 468)
- Avvik ved istandgjøring/tilberedning (n=119)
- Pasienter fikk legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens (n=676)
- I 433 hendelser ble ikke forordnet legemiddel gitt til pasienten
- Feil legemiddel ble gitt i 280 hendelser.

Svikt i pasientadministrasjon utgjorde 17 prosent av hendelsene (n=1659). I 248 hendelser ble skade på pasient vurdert til betydelig, og i 60 hendelser døde pasienten. De alvorligste og hyppigst forekommende situasjonene var avvik ved respons på akutsituasjoner (n=447). Overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse eller internt på sykehus var også risikosituasjoner (n=395).

De fleste hendelsene i kategorien *pasientuhell* omhandlet fall (1410 meldinger/16 prosent). Hyppigst forekommende var at pasienten mistet balansen (n=451), falt fra seng (n=450) eller i forbindelse med toalettbesøk (n=320).

Uønskede hendelser vedrørende *dokumentasjon* var beskrevet i 1223 meldinger eller 12 prosent av hendelsene. I 54 hendelser var det registrert betydelig skade, og i 9 hendelser døde pasienten. Hendelser klassifisert som dokumentasjonssvikt inkluderte blant annet feil ved kurveføring¹ (n=646), at relevant og nødvendig dokumentasjon manglet eller var ufullstendig (n=551). I tillegg var det 397 hendelser som gjaldt at nødvendige dokumenter ikke var tilgjengelig i behandlingssituasjoner. I 209 hendelser ble det anvendt dokumenter på feil pasient.

¹ Med kurve/pasientkurve menes et skjema som brukes for dokumentasjon av ordinerings- og utdeling av legemidler, og for å få strukturert og oversiktlig nedtegnelse av vitale pasientdata, som for eksempel blodtrykk, puls, temperatur, væskebalanse, eliminering. Ordinasjon av annen behandling kan også dokumenteres i en pasientkurve.

I årsrapporten fremheves det at kurveføring fortsatt synes å være et område med stort forbedringspotensiale for å øke pasientsikkerheten og at mange av disse hendelsene handler om feil ved legemiddelhåndtering. Det fremkommer også at et hovedinntrykk fra hendelsene er at svikt i dokumentasjon og informasjonsflyt også i 2016 synes å være en av de største truslene mot sikker pasientbehandling.

6.2 Særskilte tema

Konsekvenser av uønskede hendelser

I tillegg til konsekvenser for pasienter som ble rammet beskriver årsrapporten også effektene for organisasjonen som helt eller delvis kan tilskrives en uønsket hendelse, det vil si konsekvenser for organisasjonen og for øvrige pasienter. Blant de 5865 hendelsene (60 prosent) som inneholdt tilstrekkelig informasjon til at klassifikasjon av dette var mulig, fordelte dette seg slik:

- Behov for ekstra undersøkelser/tester for involvert pasient (n=3856)
- Behov for ekstra helsepersonell (n=3437)
- Forstyrret arbeidsflyt eller forsinkelse i behandling av andre pasienter (n=2737)
- Behov for ekstra utstyr (n=2240)
- Involvert pasient måtte overflyttes til spesialavdeling/høyere behandlingsnivå (n=1614)
- Forlenget liggetid for involvert pasient (n=1314).

Dette viser at uønskede hendelser har store menneskelige og økonomiske konsekvenser; for den involverte pasienten, andre pasienters behandlingsforløp og for organisasjonen.

Læringsnotater

Analyse av aggregerte data danner grunnlag for faglige tilbakemeldinger i form av læringsnotater til bruk lokalt og regionalt. Årsrapporten refererer til aktuelle læringsnotater under beskrivelse av de ulike hendelsestypene og risikoområdene presentert i figur 6.1. Meldeordningen publiserte i 2016 seks læringsnotater med stor tematisk bredde. Tema for læringsnotater er basert på en vurdering av hvorvidt det synes å være muligheter for læring og forbedring på systemnivå. Tema for de seks læringsnotatene i 2016 var:

- Gassemboli² ved hysteroskopisk³ kirurgi

² Gassemboli: luftbobler i blodet

³ Hysteroskopi: Undersøkelse av innsiden av livmor ved hjelp av kikkhullsinstrument

- Tilberedning av legemidler til barn
- Legemiddel eller blod til feil pasient
- Pasienter fikk feil insulindose
- Pasientsikkerhet på «feil» avdeling
- Feil pasient ble behandlet.

På bakgrunn av informasjon og analyse av de innmeldte hendelsene innenfor det utvalgte temaet presenteres risikoområder og anbefalinger for å forebygge framtidig svikt.

7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

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

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for hele helse- og omsorgstjenesten. Som ledd i en treårig handlingsplan (2014–2017) for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, har Helsedirektoratet stadig utviklet flere nasjonale kvalitetsindikatorer, fra 97 i 2015 til 159 kvalitetsindikatorer i 2016. Resultater på kvalitetsindikatorene ble publisert på helsenorge.no fem ganger i 2016, tilsvarende som i 2015.

De nasjonale kvalitetsindikatorene fordeler seg på områdene somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og rus og kommunale helse- og omsorgstjenester. Tabell 7.1 viser denne fordelingen, med angivelse av antall indikatorer i 2015 i parentes. Resultatene for alle kvalitetsindikatorer kan ses på www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer.

7.1 Oppsummering av resultater

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

I figur 7.1 er resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer oppsummert og analysert. De fleste resultatene i denne analysen er beregnet med utgangspunkt i data fra 2016, sammenlignet med data fra 2015. Trenden er vurdert til å være positiv, stabil eller negativ. Et positivt resultat er først og fremst et uttrykk for en god utvikling fra 2015 til 2016 og viser ikke nødvendigvis grad av måloppnåelse.

Tabell 7.1 Oversikt over antall nasjonale kvalitetsindikatorer 2016 og 2015 (i parentes)

Overordnede områder	Totalt antall kvalitetsindikatorer
Somatisk helse ¹	104 (54)
Psykisk helse og rus	25 (25)
Kommunale helse- og omsorgstjenester ²	26 (14)
Legemidler	4 (4)
Utfasete kvalitetsindikatorer	(5)
Sum	159 (92)

¹ Inkluderer akuttmedisin

² Inkluderer tannhelse

Kilde: Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2016, Helsedirektoratet, IS-2606

Kvalitetsdimensjon	Måleområdet (antall indikatorer)	Resultat
Virkningsfulle	Overlevelse (5)	
	Morbiditet og sykkelighet (0)	
	Funksjon og mestring (0)	
	Oppnå ønsket utfall (1)	
	Pasientrapportert resultat (0)	
Trygge og sikre	Pasientsikkerhet (30)	
	Riktig behandlingsnivå (0)	
	Retningslinjer og behandlingsforløp (6)	
	Beredskap i helsetjenesten (2)	
Involvere bruker og gi innflytelse	Bruker-/ pårørendeerfaring (14, basert på 3 NKI-er)	
	Bruker-/ pårørendemedvirkning (0)	
	Bruker-/ pårørendeopplæring (0)	
	Informasjon og kommunikasjon til bruker og pårørende (0)	
Samordnet og preget av kontinuitet	Behovsplanlegging og kartlegging (10)	
	Samhandling og kommunikasjon mellom tjenester og aktører (2)	
	Koordinering av tjenester og aktører (2)	
	Helhetlig pasientforløp (56)	
Utnytte ressurser	Ønsket utfall på riktig behandlingsnivå til lavest innsats (0)	
	Overforbruk (0)	
	Forebygging (3)	
	Kostnadseffektiv behandling (0)	
	Effektive pasientforløp og ressursplanlegging (1)	
Tilgjengelig og rettferdig fordelt	Rett tjeneste til rett tid (18)	
	Personell og kompetanse (3)	
	Tilgang på ressurser og utstyr (1)	
	Tilgang og fordeling av tjenester (11)	
	Informasjonstilgjengelighet (4)	

Figur 7.1 Oversikt over resultater på kvalitetsindikatorer innen måleområder og kvalitetsdimensjoner.¹

¹ Det ble ikke gjennomført nasjonal brukererfæringsundersøkelse blant døgnpasienter ved norske sykehus i 2016. Det er i 2016 gjennomført brukererfæringsundersøkelser om pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern, pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og undersøkelse med erfaringer fra svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen som gir grunnlag for resultater innen kvalitetsdimensjonen Involvere brukere og gi innflytelse.

Kilde: helsenorge.no

7.2 Resultater på konkrete fagområder

I det følgende presenteres resultater for 2016 på utvalgte områder, herunder fagområder hvor det er utviklet «pakker» av indikatorer som gir et mer helhetlig bilde av kvaliteten i tjenesten.

Pakkene som presenteres er knyttet til helse- og omsorgstjenestene i kommunene, tannhelse, diabetes hos barn og unge, antibiotikabruk, infeksjonsforekomst og bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Det er kommet flere nye nasjonale kvalitetsindikatorer på disse områdene det siste året. Dette er også tema det er viktig å ha oppmerksomhet på.

7.2.1 Helse- og omsorgstjenester i kommunene

Kommunene er gitt et betydelig handlingsrom i organiseringen av sine helse- og omsorgstjenester, noe som bidrar til variasjon i tjenestetilbudet. Samtidig er det et mål at alle skal motta likeverdige tjenester, uavhengig av hvor i landet de bor eller hvem de er. Det vil likevel være kommuner som prioriterer å bruke mer ressurser på sine tjenester, noe som kan føre til variasjon i kvalitet mellom kommunene. Slik variasjon vil ikke nødvendigvis være uberettiget så lenge lovens krav om nødvendige og forsvarlige tjenester er oppfylt.

For helse- og omsorgstjenester i kommunene er det etablert flere nasjonale kvalitetsindikatorer, både for brukere på sykehjem og for hjemmeboende som mottar omsorgstjenester. To nye indikatorer kom i 2017, med første resultater fra 2016: Oppfølging av ernæring og legemiddelgjennomgang. Datakildene er Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA), og Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).

For å gi et oversiktlig bilde av kvalitetsindikatorerne for de kommunale helse- og omsorgstjenestene presenteres disse av praktiske grunner på fylkesnivå. Resultater for den enkelte kommune finnes på www.helsenorge.no/kvalitetsindikatorer.

Resultatene for den enkelte indikator må tolkes med forsiktighet. Registreringen er mangelfull for flere av indikatorerne for kommunene, enten ved at registrering mangler fra kommunene, eller ved at kommunene har ulik registreringspraksis.

Helse- og omsorgstjenester til tjenestemottakere i sykehjem

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

- Ventetid på sykehjemsplass
- Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder
- Legetimer per beboer i sykehjem
- Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder
- Enerom med eget bad og WC
- Mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon med individuell plan
- Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem
- Legemiddelgjennomgang for beboere på sykehjem
- Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem.

Figur 7.2 viser resultatene for de ulike kvalitetsindikatorerne, illustrert med «trafikklys»¹ Figuren viser at det er store variasjoner i resultatene mellom de ulike fylkene. Vest-Agder har for eksempel høyest andel av brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC, men har en lav andel beboere som er fulgt opp ernæringsmessig på sykehjem. I Oslo er det motsatt, en meget høy andel beboere er fulgt opp ernæringsmessig, og en meget lav andel

av brukertilpassede plasser er i enerom med bad/WC.

Ventetid på sykehjemsplass

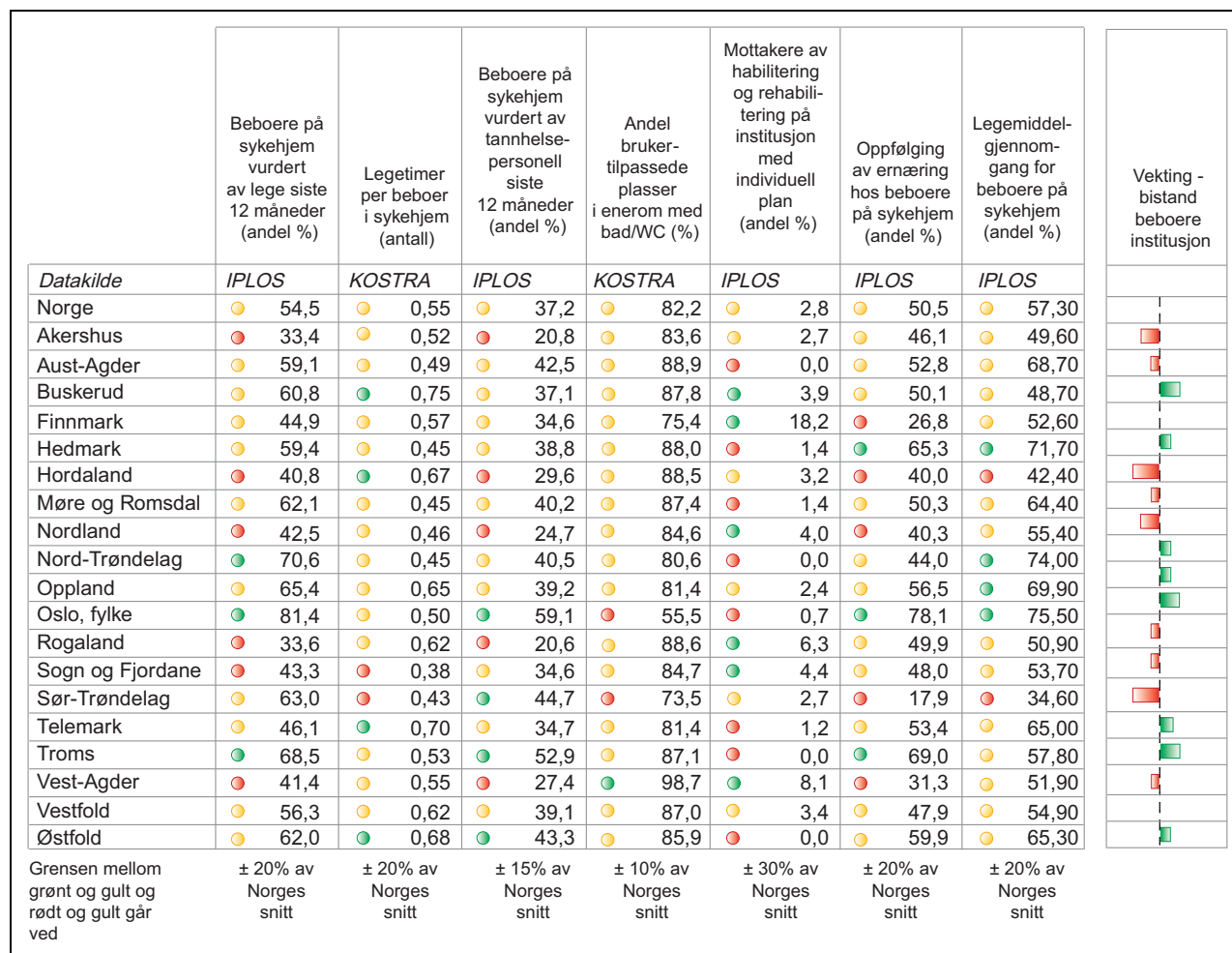
Kommunenes evne til å stille sykehjemsplass til rådighet etter at en søker har fått innvilget sykehjemsplass, varierer. Figur 7.3 viser hvor høy andel av søkerne som har fått sykehjemsplass 0–15 dager etter at det foreligger et vedtak fra kommunen. Resultatene per fylke angis i figur 7.3 som svart strek.

På landsbasis i 2016 ble 89,1 prosent av alle vedtak om langtidsplass i sykehjem iverksatt innen 0–15 dager, i den forstand at søkeren mottok sykehjemsplass. I 2015 var andelen 90,0 prosent. Rogaland har høyest andel i 2016 med 94,7 prosent, mens Telemark ligger lavest med 70,6 prosent.

I tillegg til å vise andel per fylke, viser figur 7.3 også spredningen i kommunenes resultater i hvert fylke. I lyseblå farge angis resultatene fra den fjerdedel av kommunene i fylket med lavest andel, det er med andre ord de kommunene som bruker lengst tid på å tilby sykehjemsplass etter at et vedtak er fattet. Tiden det tar å oppfylle egne vedtak i disse kommunene er svært forskjellig, med stor spredning i andel søkere tilbudt sykehjemsplass innen 15 dager. Blant den «beste» fjerdedel av kommunene i hvert fylke, angitt i grønn farge, ser vi derimot at spredningen i resultatene er svært liten. Den beste fjerdedelen av kommunene i hvert fylke, har med andre ord jevnt høye andeler mellom 95 og 100 prosent. Det innebærer at i disse kommunene kan så godt som alle som får innvilget en sykehjemsplass, flytte inn i løpet av en 15-dagersperiode. For eksempel ses i figuren at Vest-Agder, med 15 kommuner, har en andel på 92,0 prosent. De fire kommunene med lavest andel ligger mellom 85,7 og 87,5 prosent. De fire med høyest andel er alle på 100 prosent, mens de syv i midten har andeler fra 87,5 til 98,0 prosent.

At man venter på en langtidsplass, betyr ikke at tjenestetilbudet nødvendigvis er uforsvarlig. Kommunen kan for eksempel tilby korttidsplass på sykehjem eller flere tjenester i hjemmet i vente-

¹ Rødt viser fylker med lavest dekning (lavere enn den angitte prosenten under nasjonalt nivå). Grønt viser de med høyest dekning (høyere enn den angitte prosenten over nasjonalt nivå). Gult viser fylkene som ligger mellom de røde og de grønne fylkene. Vekting-kolonnen oppsummerer nasjonale kvalitetsindikatorer innen fylker. Jo bredere en rød liggende søyle er, jo flere røde enn grønne indikatorer er det i fylket, og omvendt.



Figur 7.2 Kvalitetsindikatorer som måler helsetjenester til brukere i sykehjem fordelt etter fylke i 2016.

Kilde: helsenorge.no

tiden. Variasjon i ventetid mellom kommuner kan imidlertid tyde på at de i ulik grad planlegger for og dimensjonerer sine tjenester ut fra innbyggernes behov.

Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder

Et mål på god medisinsk kvalitet er jevnlig vurdering og kontakt med lege.

På landsbasis ble 55 prosent av sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder. I 2015 var andelen 50 prosent. Det er stor spredning mellom høyest og lavest, hvor Oslo har 81 prosent som er vurdert av lege siste 12 måneder og Akershus har 33 prosent.

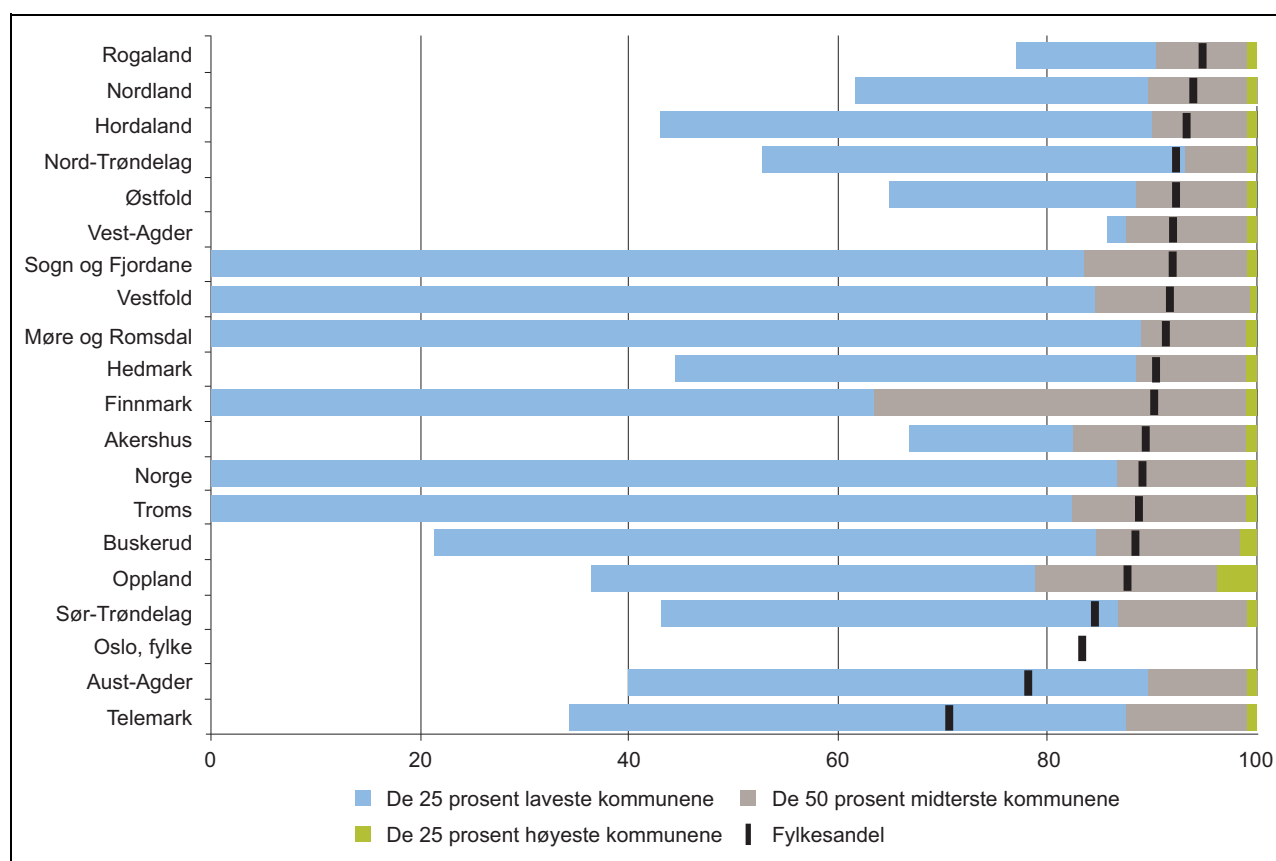
Legetimer per beboer i sykehjem

Denne indikatoren måler gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie.

Landsgjennomsnittet er 0,55 timer per beboer. Figur 7.2 viser at tilbudet varierer mellom 0,38 og 0,75 legetimer per beboer i sykehjem på tvers av fylkene. Det er relativt store variasjoner mellom kommunene, fra 0,09 timer til 2,87 timer per uke. Kunnskap om lokale forhold er ofte en forutsetning for å kunne tolke tallene. Dersom to kommuner samarbeider om legetjenester, kan det i noen tilfeller medføre at en av kommunene i statistikken kommer ut med null timer legetjenester, mens den kommunen de samarbeider med får et for høyt legedekningstall.

Beboere på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder

God munnhelse reduserer risiko for infeksjoner, er en forutsetning for god ernæring og bidrar til økt livskvalitet for sykehjemsbeboere. Den fylkeskommunale tannhelsetjenesten skal gi regelmessig og oppsøkende tilbud til blant annet eldre, langtidssyke og uføre i institusjon. Beboere på



Figur 7.3 Andel vedtak om langtidsopphold i sykehjem med iverksettingstid 0–15 dager

Kilde: helsenorge.no

sykehjem i mer enn tre måneder har rett til å motta tannhelsetjenester uten å betale vederlag/egenbetaling.

På landsbasis er 37 prosent av langtidsbeboerne på sykehjem vurdert av tannhelsepersonell de siste 12 måneder, ifølge IPLOS-registreringen. I 2015 var andelen på 33 prosent. I Oslo er 59 prosent vurdert, mens i Akershus og Rogaland er tallet 21 prosent. De fleste fylkene ligger i intervallet 20–40 prosent. Underrapporteringen på dette området er stor i IPLOS, som registreres av kommunenes personell. Tannhelsetjenestens egne ansatte registrerer sine data gjennom KOSTRA, og her tyder resultatene for 2016 på at 67 prosent av beboerne på sykehjem ble undersøkt/behandlet av den fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Enerom med eget bad og WC

Ifølge kvalitetsforskriften² skal kommunene sørge for at rom på sykehjem eller i boform for heldøgns

omsorg og pleierom skal tilpasses beboers behov. Enerom bidrar til at beboere får mer selvstendighet til styring av eget liv.

På landsbasis er 82,2 prosent av plassene enerom med direkte adkomst til bad/WC. Tilsvarende tall for 2015 var 81,5 prosent. Vest-Agder er det fylket med høyest andel (98,7 prosent) mens Oslo er fylket med lavest andel (55,5 prosent). Institusjoner som omfattes er sykehjem og aldershjem. Boform med heldøgns pleie og omsorg er ikke omfattet. Figur 7.2 viser at det er liten variasjon i tallene, da kun tre fylker avviker fra det nasjonale nivået med mer enn 10 prosent.

Mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon med individuell plan

Landsgjennomsnittet for andelen mottakere av tidsbegrenset opphold i institusjon som har virksom individuell plan er på 2,8 prosent, som vist i figur 7.2. Høyest andel har Finnmark med 18,2 prosent. Ingen andre fylker kommer over 8,1 prosent. På landsbasis har 62,6 prosent av tjenestemottakerne med vedtak om habilitering og rehabilitering i institusjon ikke individuell plan. For

² Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helse-tjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

23,5 prosent av tjenestemottakerne ble individuell plan ansett til ikke å være relevant.

Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem

Nok og riktig mat er viktig for beboernes helse og omsorg. Beboere på sykehjem skal ifølge nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring vurderes for ernæringsmessig risiko, og de som er i risiko skal ha en ernæringsplan.

På landsbasis i 2016 ble 50,5 prosent av beboere på sykehjem på 67 år og eldre vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av siste 12 måneder. Av disse er 36,1 prosent i ernæringsmessig risiko for underernæring. I alt 70,7 prosent av dem som er i risiko for underernæring har fått utarbeidet en ernæringsplan. Det er store variasjoner mellom fylkene. Som figur 7.2 viser, hadde 78,1 prosent av beboere på sykehjem på 67 år og eldre i Oslo blitt vurdert for ernæringsmessig risiko. I Sør-Trøndelag var andelen 17,9 prosent. Fem fylker, Sør-Trøndelag, Finnmark, Vest-Agder, Hordaland, og Nordland, har en andel på 40 prosent eller mindre.

Legemiddelgjennomgang for beboere på sykehjem

På landsbasis i 2016 ble det gjennomført en legemiddelgjennomgang for 57,3 prosent blant sykehjemsbeboere som var 67 år og eldre. Det var stor variasjon mellom fylkene. I Oslo var andelen 75,5 prosent, mens den i Sør-Trøndelag var 34,6 prosent, som vist i figur 7.2.

Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehjem

Kvalitetsindikatoren som viser forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i norske sykehjem ble publisert første gang i 2017, med resultater for 2016. Indikatoren viser forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner blant alle beboere i sykehjem på et gitt tidspunkt. De fire hyppigst forekommende typer helsetjenesteassosierte infeksjoner er inkludert og omfatter: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet og hud-/sårinfeksjoner.

I mai 2016, første gang slike tall ble registrert, var andelen 5,0 prosent. Med andre ord en forekomst på 5,0 infeksjoner per 100 beboere i sykehjem. Andelen i november 2016 var også 5,0 prosent. På fylkesnivå varierte andelen infeksjoner mellom 4,0 og 7,2 prosent i november 2016.

Helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende tjenestemottakere

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

Resultater for følgende kvalitetsindikatorer presenteres nedenfor:

- Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende
- Hjelp til å reise til og fra arbeid og utdanning
- Hjelp til å reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter
- Bistand til å delta i arbeid og utdanning
- Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur eller fritidsaktiviteter
- Ventetid på hjemmetjenester
- Ventetid på støttekontakt
- Ventetid på dagaktivitetstilbud
- Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan.

Oppfølging av ernæring hos hjemmeboende

Studier³ viser at 20–60 prosent av hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, er underernærte eller står 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. Det er derfor viktig at ernæringsmessig risiko vurderes for eldre som mottar helsetjenester i hjemmet.

Blant dem som mottar helsetjenester i hjemmet, er det på landsbasis i 2016 i alt 16,7 prosent av hjemmeboende på 67 år og eldre som er vurdert for ernæringsmessig risiko i løpet av siste 12 måneder. Av disse er 26,1 prosent i ernæringsmessig risiko for underernæring. I alt 51,7 prosent av dem som er i risiko for underernæring har fått utarbeidet en ernæringsplan. Det er store variasjoner mellom fylkene. I Troms er 29,9 prosent blitt vurdert for ernæringsmessig risiko. I Finnmark er andelen 5,4 prosent.

Aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre

Personer med behov for omsorgstjenester har rett til sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv

³ Nærmere omtalt i Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, Helsedirektoratet, 2010.

Tabell 7.2 Personer som mottar omsorgstjenester. Andel i ulike aldersgrupper som får innfridd behov og ønsker i 2016.

Nasjonale kvalitetsindikatorer	Andel som får innfridd sine behov og ønsker (%)		
	0–17 år	18–66 år	67 år og eldre
Hjelp til reise til arbeid og utdanning	83,0	74,2	49,8
Hjelp til reise til organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter	64,6	65,1	49,5
Bistand til å delta i arbeid og utdanning	91,0	73,6	61,2
Bistand til å delta i organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter	70,5	65,6	49,4

Kilde: IPLOS

og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Det er etablert fire nasjonale kvalitetsindikatorer som måler dette:

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

Tabell 7.2 viser andel personer som har fått sine behov innfridd for hver indikator, blant dem som mottar omsorgstjenester. Det måles hvorvidt personer som mottar omsorgstjenester opplever at behov og ønske er innfridd, delvis innfridd eller ikke innfridd.

Tiltaket som innfris hos flest brukere er bistand til arbeid og utdanning. Tiltaket som innfris hos færrest brukere er hjelp til å reise til og fra organisasjonsarbeid, kultur og fritidsaktiviteter. Oslo er det fylket som i størst grad innfrir brukernes behov og ønsker. Mellom 70 og 85 prosent av brukerne får innfridd sine ønsker og behov på de fire ulike indikatorene. Troms og Møre og Romsdal er fylkene som i minst grad innfrir brukernes behov og ønsker. Det er store variasjoner mellom aldersgrupper.

Ventetider

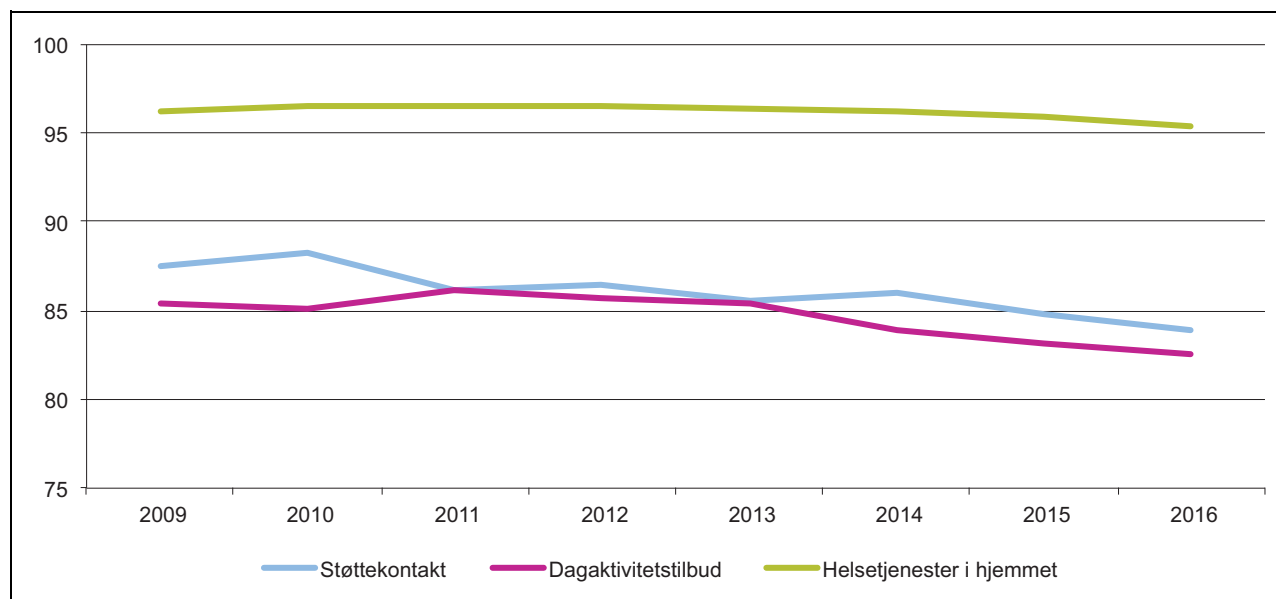
Tre kvalitetsindikatorer belyser tid fra kommunen har fattet vedtak om en helse- og omsorgstjeneste i hjemmet til tjenesten er mottatt:

- Ventetid på hjemmetjenester
- Ventetid på støttekontakt
- Ventetid på dagaktivitetstilbud.

Det har siden 2009 og for alle tre tjenestetypene vært en svak nedgang i andel som ventet i 15 eller færre dager siden vedtak ble gjort til tjenesten ble mottatt. Denne andelen var i 2016 på 95,4 prosent for hjemmetjenester, en nedgang fra 96,2 prosent i 2009. For støttekontakttjenesten var andelen i 2016 på 83,9 prosent, en nedgang fra 87,4 prosent i 2009. For dagaktivitetstilbud var andelen i 2016 på 82,5 prosent, en nedgang fra 85,4 prosent i 2009. I perioden fra 2009 til 2016 var andelen på sitt laveste i 2016 for alle tre tjenestene. Utviklingen over tid framgår av figur 7.4.

Mottakere av habilitering og rehabilitering i hjemmet med individuell plan

Landsgjennomsnittet for andelen tjenestemottakere av rehabilitering og habilitering i hjemmet som har en virksom individuell plan var på 13,6 prosent i 2016. I 2015 var andelen på 14,5 prosent. Det er stor variasjon mellom fylkene. I 2016 hadde Oppland høyest andel, med 38,9 prosent. Oslo hadde den laveste andelen med 1,1 prosent. På landsbasis har 50,3 prosent av tjenestemottakere med vedtak om habilitering og rehabilitering i hjemmet ikke individuell plan. For 15,2 prosent av tjenestemottakerne ble individuell plan ansett til ikke å være relevant.



Figur 7.4 Andel (prosent) brukere som måtte vente i 0 til 15 dager fra vedtak om tjeneste til mottatt tjeneste.

Kilde: helsenorge.no

7.2.2 Tannhelse

Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten. Barn og unge 0–18 år har rett til gratis undersøkelse og behandling. For å gi et bilde av kvaliteten på tannhelsetjenesten til barn og unge publiseres det resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer for tannhelse på helsenorge.no. Tre av indikatorene knytter seg til tannlegedekning, dekning av spesialister og tannpleiere. I tillegg publiseres følgende tre indikatorer knyttet til tannhelse hos barn og unge:

- Tanntilstand hos 12-åringer med mest karies
- Andel undersøkte 18-åringer med dårligst tanntilstand
- Andel undersøkte 18-åringer uten karieserfaring.

Data om tannhelse bygger på anonymiserte aggregerte data, ikke individdata, fra den fylkeskommunale tannhelsetjenesten via KOSTRA⁴.

Tanntilstand hos 12-åringer med mest karies

På landsbasis har den tredjedelen av 12-åringer med dårligst tanntilstand i gjennomsnitt 2,6 tenner med hull, fyllinger eller tenner som er trukket på grunn av karies i 2016. Det er uendret siden 2015. Det foreligger markante geografiske forskjeller. I 2016 var gjennomsnittet lavest i Hed-

mark med 1,8 tenner og høyest i Finnmark med 3,4 tenner.

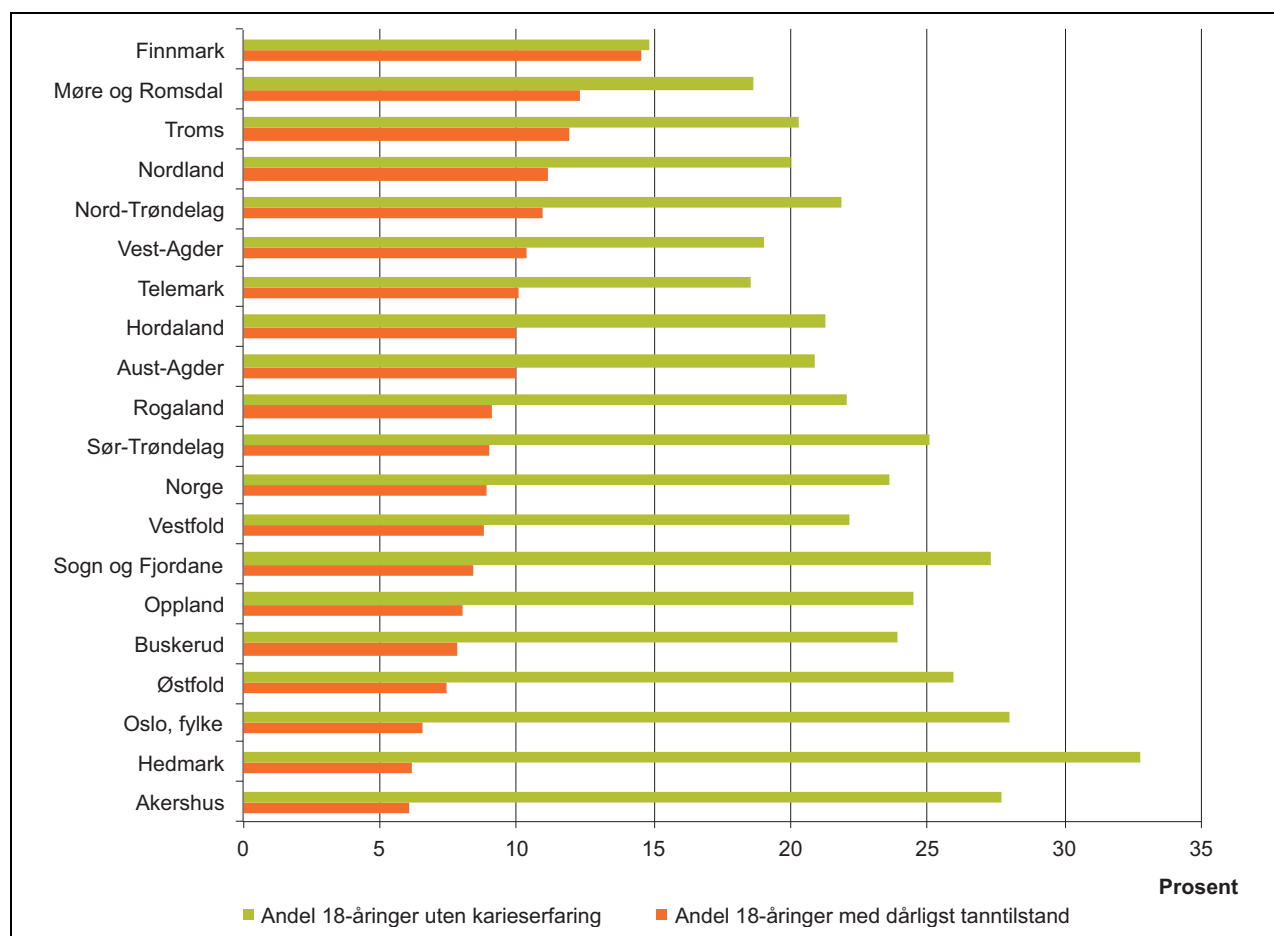
Tannhelse hos 18-åringer

18-åringene er siste årskull som får tilbud om gratis undersøkelse og behandling i tannhelsetjenesten. Derfor gir tannhelsetilstanden på dette kullet et siste bilde av kvaliteten på det arbeidet som er utført i den offentlige tannhelsetjenesten. På landsbasis hadde 8,9 prosent av de undersøkte eller behandlede 18-åringer ni eller flere tenner med hull, fyllinger eller tenner som er trukket på grunn av karies i 2016. Andelen med dårligst tanntilstand har vist en jevn nedgang over mange tiår.

Det er relativt store geografiske forskjeller mellom fylkene. I 2016 var andelen med dårligst tanntilstand lavest i Akershus med 6,1 prosent og høyest i Finnmark med 14,5 prosent. I perioden 2008–2016 har følgende fylker hatt en lavere andel enn landsgjennomsnittet: Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland og Buskerud. I samme periode har Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal, Nordland, Troms og Finnmark hatt en høyere andel enn landsgjennomsnittet.

Andel 18-åringer uten karieserfaring gir et godt bilde på om den fylkeskommunale tannhelsetjenesten har lyktes, blant annet med det forebyggende arbeidet, slik at denne gruppen oppnår så få og små fyllinger som mulig. På landsbasis var 23,6 prosent av 18-åringer som var undersøkt eller behandlet i 2016 helt uten karieserfaring. I 2015

⁴ KOSTRA = Kommune Stat Rapportering, Statistisk sentralbyrå



Figur 7.5 Andel 18-åringer med dårligst tanntilstand og andel 18-åringer uten karieserfaring per fylke og i landet.

Kilde: helsenor.no

var denne andelen på 21,9 prosent. Likevel har fremdeles 3 av 4 18-åringer karies og/eller fyllinger i tannsettet. Det er relativt store geografiske forskjeller når det gjelder andel undersøkte eller behandlede 18-åringer uten karieserfaring.

I 2016 var andelen høyest i Hedmark med 32,8 prosent mens Finnmark hadde lavest andel med 14,8 prosent. I perioden 2008–2016 har følgende fylker ligget over landsgjennomsnittet: Sogn og Fjordane, Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark og Buskerud. I samme periode har Rogaland, Hordaland, Møre og Romsdal, Nordland, Troms og Finnmark ligget under landsgjennomsnittet.

Figur 7.5 viser resultatene for hvert fylke for to av indikatorene: andel med dårligst tanntilstand og andel uten karieserfaring.

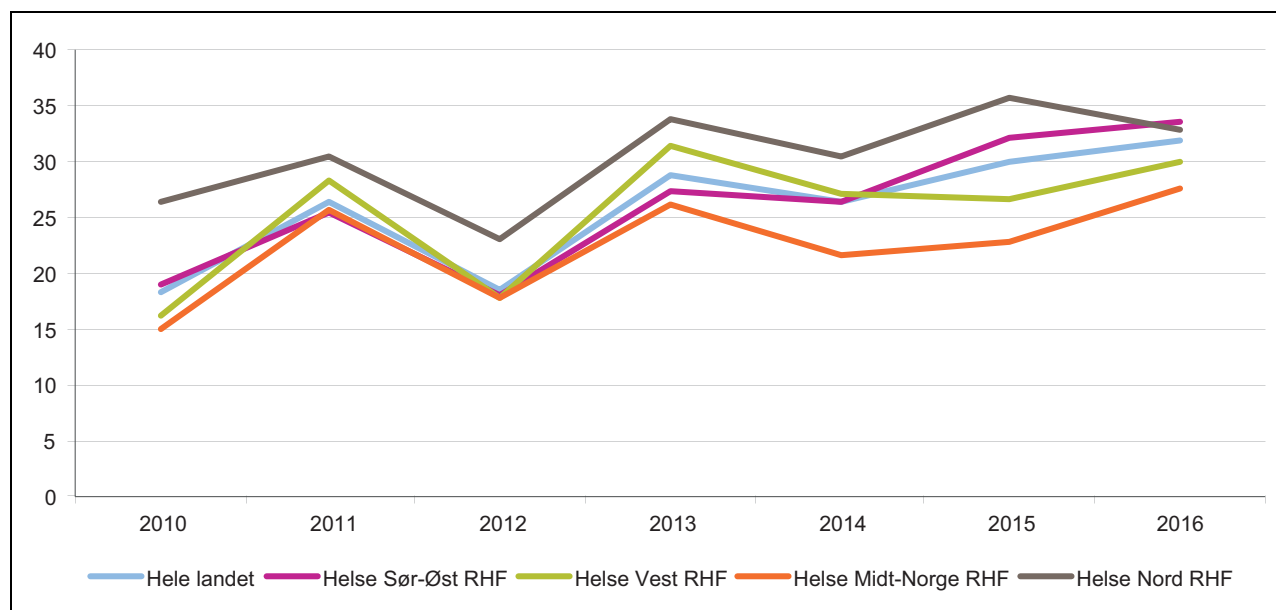
7.2.3 Diabetes hos barn og unge

Nasjonale kvalitetsindikatorer for diabetes hos barn og unge ble introdusert i 2016 med tall fra

Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barn- og ungdomsdiabetes. I 2016 var dekningsgraden på institusjonsnivå 100 prosent og på individnivå 98 prosent.

Det finnes per i dag ingen nasjonale kvalitetsindikatorer for diabetes hos voksne, men det jobbes med å øke innrapporteringsgraden fra både allmennlegene og sykehussektoren, slik at også kvaliteten der kan følges opp. I 2016 rapporterte rundt 15 prosent av fastlegene til Norsk diabetesregister for voksne.

Nasjonale kvalitetsindikatorer for barn og unge med diabetes gjelder type 1-diabetes, da svært få barn og unge i Norge har type 2-diabetes. Norge er ett av landene i verden med høyest forekomst av type 1-diabetes. Diabetes hos barn og unge er en alvorlig, livslang sykdom som uten behandling er livstruende. På verdensbasis øker forekomsten av barn og unge som får diabetes type 2. Dette er først og fremst knyttet til overvekt og fedme blant barn og unge.



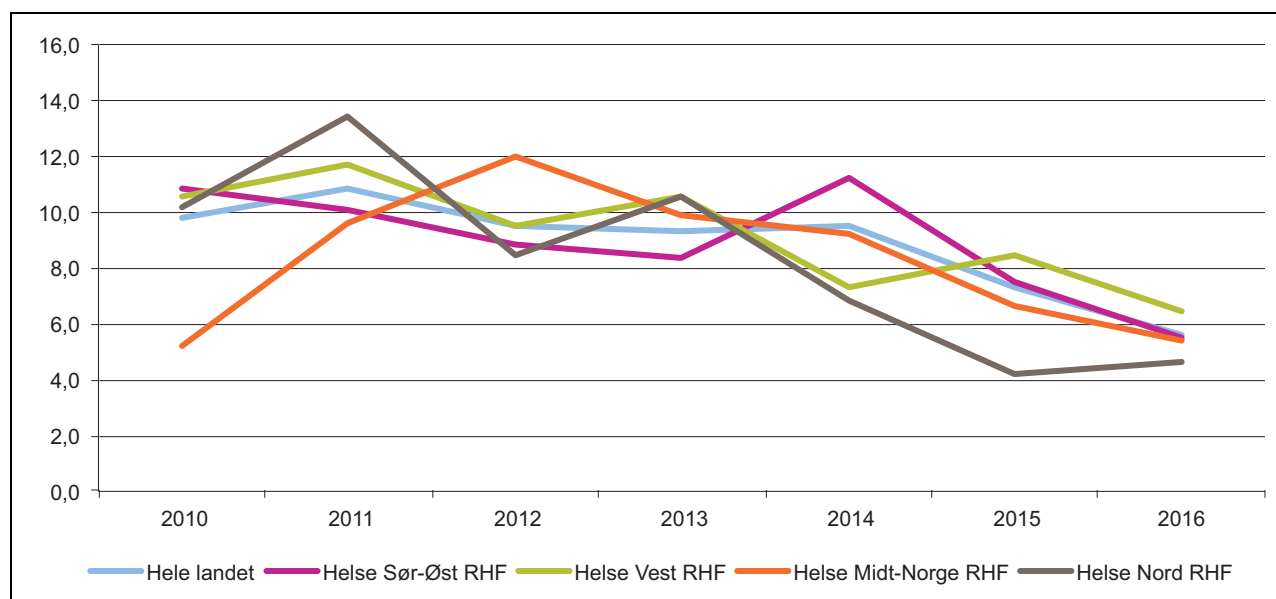
Figur 7.6 Andel (prosent) barn og unge med diabetes som oppnådde behandlingsmålet ved årskontroll for landet og hvert regionale helseforetak.

Kilde: helsenor.no

Blodsukkerregulering

Høyt blodsukkernivå er den viktigste risikofaktoren for å utvikle senkomplikasjoner, som tap av syn, nyresvikt, hjerteinfarkt, hjertesvikt, slag, amputasjoner og tidlig død. Derfor har optimalisering av blodsukkernivå en stor plass i diabetesbehandlingen. Måling av langtidsblodsukker (HbA1c) reflekterer blodsukkernivået siste 4–12 uker.

Behandlingsmålet er å holde langtidsblodsukkernivået under 7,5 prosent ifølge den internasjonale foreningen for barne- og ungdomsdiabetes. På årskontrollen i 2016 nådde 31,9 prosent av alle barn og unge med diabetes dette målet. Andelen pasienter som oppnådde behandlingsmålet varierte mellom de regionale helseforetakene fra 27,7 prosent i Helse Midt-Norge RHF til 33,6 prosent i Helse Sør-Øst RHF. I Helse Nord RHF oppnådde



Figur 7.7 Andel (prosent) barn og unge med diabetes med akutt komplikasjon siste måleperiode, for landet og hvert regionalt helseforetak.

Kilde: helsenor.no

32,9 prosent av pasientene behandlingsmålet, og i Helse Vest RHF var andelen 29,9 prosent.

Siden 2010 har andelen pasienter med oppnådd behandlingsmål økt fra 18,3 prosent til 31,9 i 2016. Figur 7.6 viser en stigende trend i oppnådd behandlingsmål i alle regionale helseforetak. På landsbasis i 2016 var gjennomsnittlig langtids-blodsukkernivå på 7,5 prosent for barn 4 år og yngre og for barn i aldersgruppen 5 til 9 år. For aldersgruppen 10 til 14 år er gjennomsnittet 8,1 prosent og 8,4 prosent for barn 15 år og eldre.

Akutte komplikasjoner

Alvorlige og akutte komplikasjoner ved type 1-diabetes er diabetes ketoacidose (DKA)⁵, og insulin-sjokk.⁶ Disse akutte komplikasjonene oppstår når insulin dosering ikke er riktig.

I 2016 opplevde 5,6 prosent av barn og unge med diabetes akutt komplikasjon på grunn av insulinbehandling i form av insulin sjokk eller DKA. Denne andelen varierte fra 4,6 prosent i Helse Nord RHF til 6,4 prosent i Helse Vest RHF, se figur 7.7. Siden 2010 har andelen pasienter på landsbasis med alvorlige akutte komplikasjoner sunket fra 9,8 prosent til 5,6 prosent i 2016. Andel pasienter innlagt på sykehus for diabetes ketoacidose var 2,6 prosent for hele landet, som varierte fra en andel på 2,0 prosent i Helse Sør-Øst RHF til 3,5 prosent i Helse Midt-Norge RHF.

Diabetesbehandling og senkomplikasjoner

God diabetesbehandling forebygger og forsinket utvikling av senkomplikasjoner, og normalt blodtrykk og LDL-kolesterol⁷ reduserer risiko for senkomplikasjoner. Blodtrykk og LDL-kolesterol skal måles ved alle årskontroller, og behandlingsmål for LDL-kolesterol er at det er mindre enn 2,6 mmol/l.

På landsbasis var det i 2016 92,2 prosent av barn og unge med diabetes som fikk målt både blodtrykk og LDL-kolesterol. Helse Sør-Øst RHF hadde høyest andel med 94,1 prosent. Helse Nord RHF hadde lavest andel med 83,5 prosent. Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på 89,7 prosent

og Helse Vest RHF en andel på 93,1 prosent. Etter noen år med lav andel har Helse Midt-Norge RHF kommet på nivå med de andre helseregionene. Fra 2010 til 2016 har andelen på landsbasis økt fra 84,7 prosent til 92,2 prosent.

7.2.4 Antibiotika

Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020) har som mål å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utgangen av 2020 sammenlignet med 2012. Antall resepter med antibiotika per 1 000 innbyggere per år skal reduseres fra 450 til 250. I tillegg er det et mål at bruken av bredspektret antibiotika skal reduseres til fordel for smalspektrede antibiotika som er mindre resistensdrivende.

Forekomst av antibiotikabehandling

I 2012 ble det gitt 442 resepter med antibiotika per 1 000 innbygger. I 2016 er tallet 360 resepter per 1 000 innbygger. Andel innbyggere som har fått minst én antibiotikaresept var 21 prosent i 2016 mot 25 prosent i 2012.

Antibiotikabehandling ved urinveisinfeksjon hos kvinner mellom 20–79 år

I 2016 var andelen kvinner som fikk minst én antibiotikaresept for urinveisinfeksjon 10,6 prosent på landsbasis. I 2012 var andelen 11,2 prosent. I 2016 var 8,1 prosent av de utskrevne resepter for urinveisantibiotika for bredspektrede antibiotika, en ønsket reduksjon fra 11,1 prosent i 2012. Også for totalt antall resepter på urinveisantibiotika har det vært en ønsket utvikling, fra omlag 333 000 i 2016.

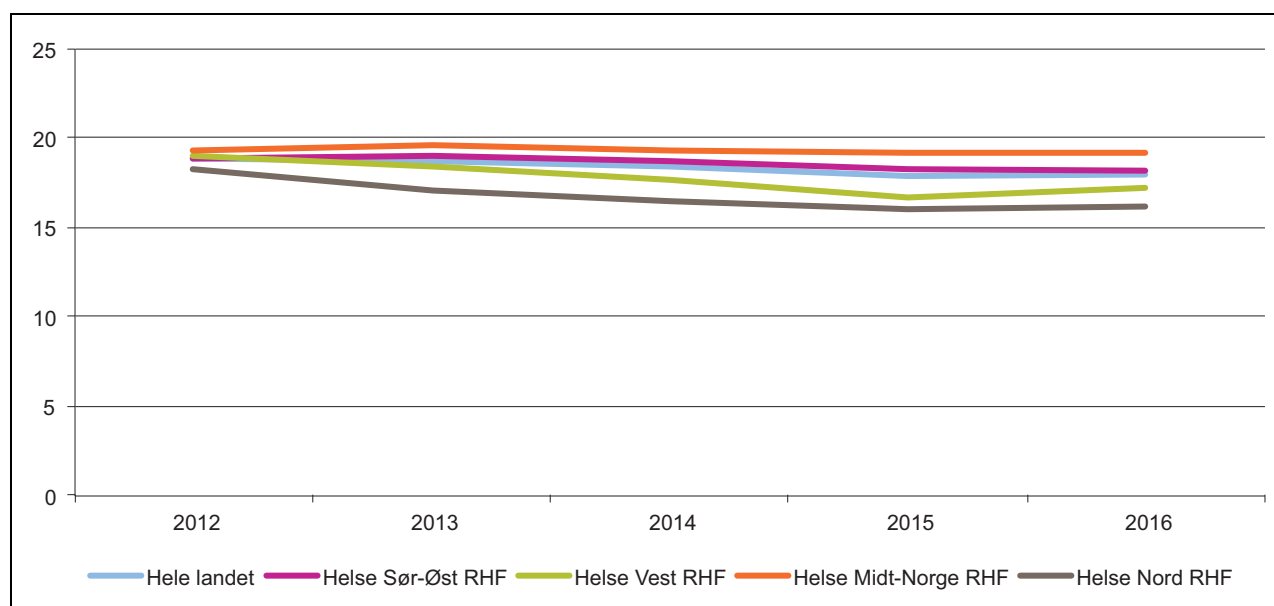
Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos befolkning mellom 10–79 år

På landsbasis i 2016 var det 13,7 prosent av befolkningen mellom 10 og 79 år som fikk minst én resept for luftveisinfeksjon. I 2012 var andelen på 17,6 prosent. En økning i bruk av smalspektret antibiotika vil derfor være en indikator på mindre bruk av andre antibiotika mot luftveisinfeksjoner. I 2016 var 47,1 prosent av reseptene for smalspektret antibiotika, mens i 2012 var andelen på 41,9 prosent, en ønsket økning. Det totale antall resepter for luftveisantibiotika var i 2016 omtrent 828 000, og i 2012 var antallet omtrent 1 063 000, en ønsket reduksjon.

⁵ Diabetes ketoacidose (DKA) er syreforgiftning på grunn av for lite insulin.

⁶ Insulinsjokk: alvorlig lavt blodsukker med bevisstløshet og kramper på grunn av for mye insulin.

⁷ LDL-kolesterol er den delen av kolesterol som er en risikofaktor for hjerte- og karsykdom, eller det «dårligste» kolesterotet.



Figur 7.8 Antall definerte døgndoser av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode

Kilde: helsenorge.no

Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos barn mellom 0–9 år

På landsbasis var andelen barn mellom 0 og 9 år som fikk minst én resept på luftveisantibiotika på 14,6 prosent mot 19,3 prosent i 2012. På landsbasis i 2016 var 59,0 prosent av alle resepter for luftveisantibiotika for barn under 10 år resepter for smalspektret antibiotika, mens i 2012 var andelen 50,1 prosent, en ønsket økning. Det totale antall resepter på luftveisantibiotika for barn under 10 år i 2016 var omtrent 126 000, og omtrent 171 000 i 2012, en ønsket reduksjon.

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i norske sykehus

Denne indikatoren måler antall definerte døgndoser (DDD) av et utvalg av fem typer bredspektrede antibiotika per 100 pasientliggedøgn i norske sykehus. Målet er at det skal være en reduksjon på 30 prosent av dette utvalget av antibiotika i 2020 sammenlignet med 2012. I 2012 var antall pasientdøgndoser per 100 liggedøgn på 18,9. I 2016 var antall døgndoser av bredspektret antibiotika per 100 liggedøgn på 18,0, en reduksjon fra 2012 på 5 prosent. Utviklingen fra 2012 framgår av figur 7.8.

7.2.5 Infeksjoner

Prevalensundersøkelser for infeksjoner i norske sykehus og sykehjem måler forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner. I disse undersøkelsene beregnes andelen pasienter med en helsetjenesteassosiert infeksjon på én utvalgt dag i mai og november hvert år.

Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus

Sykehusinfeksjoner er fryktede komplikasjoner ved alle typer sykehusinnleggelser. Slike infeksjoner påfører pasienter lidelser og har stor økonomisk og ressursmessig betydning for sykehusdrift. Ved hjelp av indikatoren vil en overvåke den generelle utviklingen av sykehusinfeksjoner og rette oppmerksomheten mot forebygging.

Andel pasienter blant alle innlagte pasienter som hadde fått en sykehusinfeksjon⁸ utgjorde i november 2016 3,7 prosent på landsbasis. I november 2015 var andelen pasienter med infeksjon på landsbasis 3,5 prosent. Helse Nord RHF hadde den laveste andelen pasienter med infeksjon på 3,0 prosent, mens Helse Midt-Norge RHF hadde den høyeste andelen på 5,0 prosent. Andelen i Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF var på henholdsvis 3,3 og 4,0 prosent.

⁸ De fire vanligste sykehusinfeksjoner: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, postoperative sårinfeksjoner og sepsis.

Infeksjoner etter kirurgi på sykehus

Helseinstitusjoner er pålagt å ha en oversikt over helsetjenesteassosierte infeksjoner. Infeksjoner i operasjonsområdet (postoperativ infeksjon) medfører betydelig sykkelighet for pasientene og kan redusere helsegevinsten av inngrepet. De medfører også betydelige merkostnader. Det er godt dokumentert at infeksjoner i operasjonsområdet kan forebygges gjennom systematiske tiltak.

Sykehusene kartlegger forekomsten av ulike typer infeksjoner. Infeksjon i operasjonsområdet inkluderer 3 infeksjonstyper; overflatiske sårinfeksjoner, dype sårinfeksjoner samt organ- og hulromsinfeksjoner. Det er etablert nasjonale kvalitetsindikatorer som måler forekomsten av disse infeksjonstypene for følgende kirurgiske inngrep:

- Aortakoronar bypass
- Innsettelse av totalprotese (hofte)
- Innsettelse av hemiprotese (hofte)
- Fjerning av galleblære
- Keisersnitt.

På landsbasis i 2016 hadde færre enn 4 prosent av pasientene fått postoperative infeksjoner (både overflatiske og dype organ- og hulromsinfeksjoner) i operasjonsområdet etter aortakoronar bypasskirurgi (3,9 prosent i 2016, 4,3 prosent i 2015), keisersnitt (3,8 prosent i 2016, 3,9 prosent i 2015), innsettelse av hemiprotese hofte (3,6 prosent i 2016, 3,2 prosent i 2015), fjerning av galleblære (3,5 prosent i 2016, 4,2 prosent i 2015). Postoperative infeksjoner etter innsettelse av total-

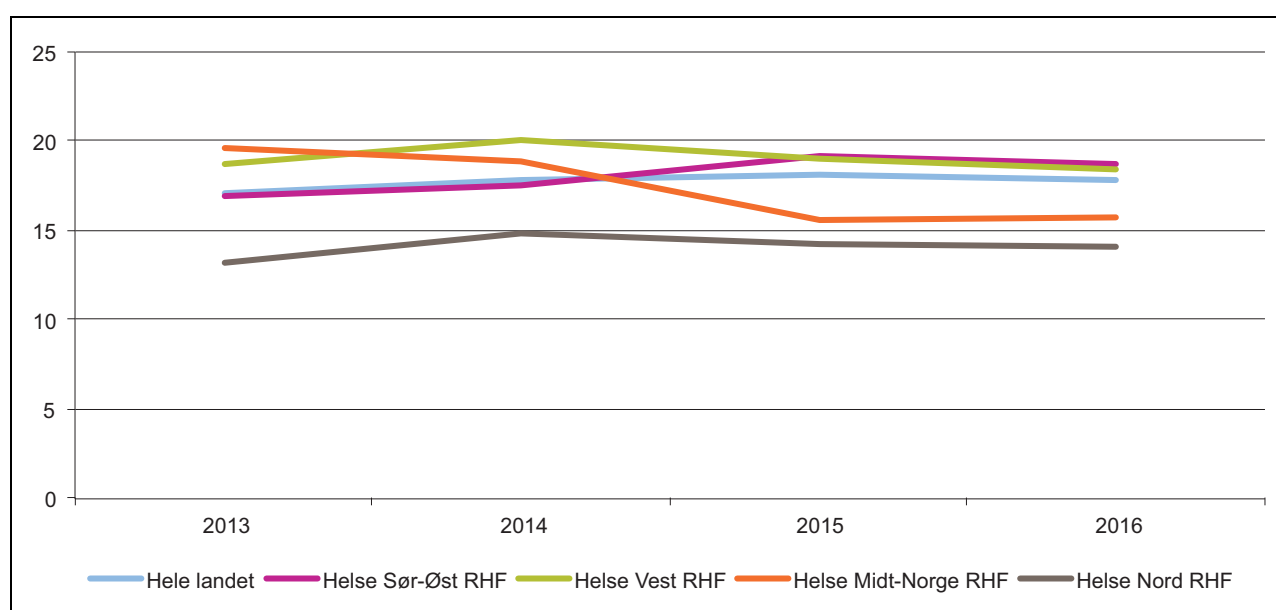
protese hofte lå noe lavere (1,8 prosent i 2016, 2,1 prosent i 2015).

På landsbasis i 2016 ser man en svak nedgang fra 2015 i andel pasienter som hadde fått dype organ- og hulromsinfeksjoner i operasjonsområdet etter aortakoronar bypass kirurgi (0,9 prosent i 2016, 1,2 prosent i 2015), fjerning av galleblære (1,1 prosent i 2016, 1,5 prosent i 2015), innsettelse av totalprotese hofte (1,1 prosent i 2016, 1,2 prosent i 2015) og innsettelse av hemiprotese hofte (2,2 prosent i 2016, 2,3 prosent i 2015). Unntaket er etter keisersnitt hvor man ser en svak økning fra 1,0 prosent i 2015 til 1,1 prosent i 2016.

7.2.6 Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne

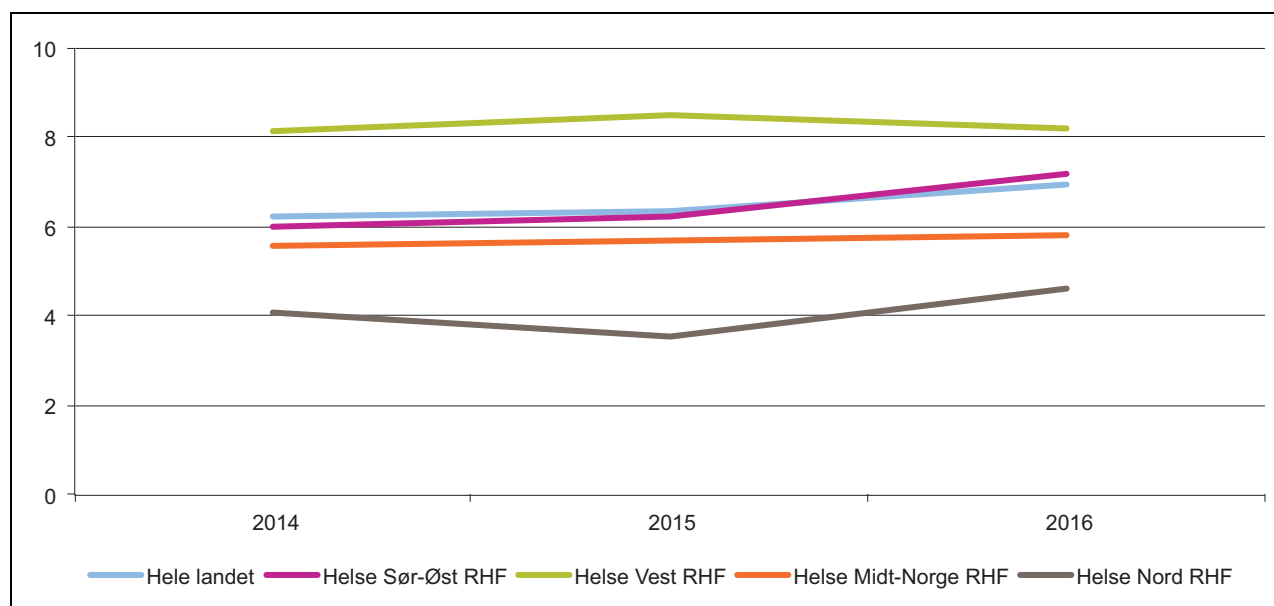
Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne er regulert i lov om psykisk helsevern. Tvangsinnleggelser er et alvorlig inngrep i den enkeltes personlige frihet. Det er derfor etisk, faglig og samfunnsmessig viktig å overvåke bruk av tvang for å begrense dette til situasjoner der det er helt nødvendig, og for å sikre at pasientens rettssikkerhet er ivaretatt. Det er et overordnet helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i det psykiske helsevernet.

Tvangsmiddelvedtak ligger til grunn for bruk av tvangsmidler i det psykiske helsevernet. Bruk av tvangsmidler er et svært alvorlig virkemiddel som kun kan benyttes i akutte situasjoner. Hovedmålet for indikatoren som måler andel pasienter med tvangsmiddelvedtak, er å vise bruken av



Figur 7.9 Andel (prosent) tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne på lands- og regionsnivå.

Kilde: helsenor.no



Figur 7.10 Andel (prosent) pasienter i døgntilrettelagt behandling med minst ett tvangsmiddelvedtak i måleperioden på lands- og regionsnivå.

Kilde: helsenorge.no

tvangsmidler. Det pågår et arbeid i helseregionene med å få etablert robuste systemer som sikrer varig, korrekt registrering og innrapportering av bruk av tvang fra alle helseforetak. Inntil disse systemene er på plass er rapporteringen fortsatt sårbar for mangler – noe som kan gi utslag i tallene og skape variasjon. Helsemyndighetene følger således rapporteringen nøye. Forskjeller i pasientgruppenes alder og sykdomsbilde på helseforetaksnivå kan også gi variasjon. Tallene må derfor tolkes med varsomhet.

Tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne

Tvangsinnleggelser skjer gjennom såkalt tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern. Ved tvungen observasjon legges pasienten inn mot sin vilje i en tidsbegrenset periode. Tvungen psykisk helsevern forutsetter blant annet at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og at utsiktene til helbredelse/vesentlig bedring er betydelig redusert eller at pasientens tilstand med stor sannsynlighet blir vesentlig forverret i meget nær framtid, eller at pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. I 2016 var på landsbasis 17,8 prosent av alle innleggelser i psy-

kisk helsevern for voksne tvangsinnleggelser, mens andelen var 18,1 prosent i 2015, se figur 7.9. Det er noe variasjon mellom regionene. Helse Nord RHF rapporterte lavest andel tvangsinnleggelser med 14,1 prosent, mens Helse Sør-Øst RHF rapporterte høyest andel med 19,2 prosent. Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF hadde en andel på henholdsvis 18,4 og 15,8 prosent.

Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne

På årsbasis ble det i 2016 benyttet tvangsmidler overfor 7,0 prosent av alle døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne, se figur 7.10. I 2015 var andelen 6,4 prosent. Datagrunnlaget i 2015 var mindre komplett og det er derfor vanskelig å tolke endring. I 2016 hadde Helse Nord RHF lavest andel med 4,6 prosent og Helse Vest RHF den høyeste andelen med 8,2 prosent. Mekaniske tvangsmidler ble i 2016 brukt overfor 4 prosent av pasientene, kortvarig fastholding for 3,9 prosent, korttidsvirkende legemidler for 2,7 prosent og isolasjon for 0,9 prosent av alle døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne.

Del II
Oppsummering

8 Departementets oppsummering

Denne meldingen er den fjerde 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.

I likhet med de tidligere meldingene oppsummerer denne meldingen 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, Helsedirektoratets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer. Kildene som brukes i meldingen gir ikke et representativt bilde av kvaliteten på tjenesten, men gir innsikt i risikoområder som kildene har avdekket og som fordrer oppmerksomhet og oppfølging. Meldingen inneholder ikke nye tiltak, men omtaler regjeringens politikk og gjennomførte og igangsatte tiltak for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet.

Denne meldingen identifiserer følgende overordnede utfordringer som fordrer innsats på alle nivå: Dokumentasjon, informasjonsflyt og kommunikasjon, trygge overganger innad og mellom tjenestenivå samt etterlevelse av prosedyrer, retningslinjer og regelverk. Videre avdekker meldingen hvor viktig det er å bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i planlegging, iverksetting, evaluering og korrigering av virksomhetens kjernevirksomhet for å sikre pasienter og brukere en likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

I denne delen av meldingen gis en kort oppsummering av del I, samt omtale av sentrale gjennomførte og pågående tiltak for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Basert på del I og innstillingen til helse- og omsorgskomiteen i forbindelse med behandlingen av den forrige meldingen, fremkommer det et særlig behov for å omtale den kommunale helse- og omsorgstjenesten og psykisk helsevern. Dette er fagområder som inkluderer sårbare grupper, og hvor det er særlig viktig å håndtere de overordnede utfordringene nevnt

ovenfor. I denne delen vil departementet derfor peke på utvalgte tiltak for å fremme pasientens helsetjeneste, med vekt på kommunal helse- og omsorgstjeneste, psykisk helsevern samt forebygging av legemiddelfeil og infeksjoner som fortsatt er en stor pasientsikkerhetsutfordring.

Til slutt i meldingen fremheves betydningen av bedre ledelse, system og kultur for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet og relevante gjennomførte og pågående tiltak for å fremme dette.

8.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene

I de årlige rapportene fra Pasient- og brukerombudene, Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstatning og Helsedirektoratets meldeordning finnes informasjon om fagområder og risikofaktorer som krever særlig oppmerksomhet for ledere på ulike nivå. Dette er kilder til læring og forbedring for å forebygge uønskede hendelser.

Norsk pasientskadeerstatning og Helsedirektoratets meldeordning har et betydelig datamateriale som i enda større grad kan brukes som grunnlag for analyse, forbedringsarbeid og forskning. Den aggregerte statistikken endrer seg ikke så mye fra år til år, men peker på områder hvor det er behov for mer analyser og kunnskap. NPE viser i sin årsrapport til flere systematiske gjennomganger og studier av medholds- og avslagssaker for å identifisere risikoområder og områder for forbedringer.

Meldeordningen mottok i 2016 i overkant av 10 000 meldinger om hendelser som hadde eller kunne ført til betydelig skade på pasient. Det største risikoområdet i meldeordningens materiale er relatert til svikt i kliniske prosesser og prosedyrer. I hovedsak dreier dette seg om at retningslinjer og prosedyrer ikke er fulgt. Feil knyttet til legemidler er fortsatt en betydelig utfordring, samt overflytting og/eller overføring av pasientansvar internt i sykehuset, feil ved kurveføring og at relevant og nødvendig dokumentasjon manglet eller var ufullstendig.

Tilsynsmeldingen fra Statens helsetilsyn og årsrapporten fra undersøkelsenheten peker på

risikoforhold som tjenesten kan bruke som utgangspunkt for læring og forbedring. I det landsomfattende tilsynet i 2016 med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming, ble det avdekket lovbrudd i 45 av 57 kommuner. Helsetilsynet erfarer at den kanskje største utfordringen synes å være at kommunen/kommunens ledelse ikke har tilstrekkelig forståelse for disse brukernes situasjon og omfattende behov og ikke etterspør og kontrollerer om tjenestene drives forsvarlig og med ønsket kvalitet.

Statens helsetilsyns erfaring fra varselordningen er at det i de fleste sakene svikter i virksomhetenes ansvar for å identifisere risiko i forbindelse med planlegging og tilrettelegging av helsehjelp. Videre avdekkes det svikt i virksomhetenes oppfølging av alvorlige hendelser, både informasjon til og oppfølging av pasienter og pårørende samt hvordan hendelsen brukes i det lovpålagte systematiske arbeidet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Omlag 30 prosent av henvendelsene til pasient- og brukerombudene er knyttet til rettigheter, som oftest mistanke om brudd på pasient- og brukerrettighetene. Ombudene mener det er behov for økt kunnskap om rettigheter både hos pasienter, innbyggere og tjenesteytere. Videre mener de det er behov for styrking av tilsynsordningen og evaluering av fastlegeordningen. I felles årsmelding fremkommer det at ombudene i nesten alle henvendelser finner elementer av mangelfull eller dårlig informasjon og kommunikasjon, og at spillet rundt de utskrivningsklare pasientene fortsatt er en utfordring over hele landet.

De nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer er viktige å trekke fram fordi de gir et mer nyansert bilde av status på kvalitet i norsk helse- og omsorgstjeneste. Samtidig vil det også her være et selektert bilde av status på kvalitet som presenteres.

Sett i internasjonal sammenheng bekrefter de årlige OECD-rapportene «Health at a Glance» at Norge er i OECD- og europa-toppen både når det gjelder helsetilstand og resultater for helsetjenesten. Rapporten fra 2016 er basert på resultater fra 36 europeiske land, og Norge er blant den beste tredel på 13 av 18 indikatorer.

I Commonwealth Fund-undersøkelsen fra 2016 fremkommer det at Norge kommer dårligere ut enn de andre landene på erfaringer med sin fastlege på følgende områder: kommunikasjon, brukermedvirkning, konsultasjonstid, tilgjengelighet til fastlege, legespesialist, koordinering mellom tjenester og utskrivningsprosessen fra syke-

hus. Samtidig viser undersøkelsen at enkelte aspekter er blitt bedre, som informasjon om legemidler og skriftlig informasjon ved utskrivning fra sykehus.

Helsedirektoratet publiserte resultater for 159 nasjonale kvalitetsindikatorer i 2016, mot 97 i 2015. Oversikt over kvalitetsindikatorer innenfor kvalitetsdimensjonene viser positiv eller stabil utvikling i resultater fra 2015 til 2016.

Resultatene innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten viser betydelig variasjon mellom kommuner og understreker betydningen av å holde et høyt trykk på arbeidet for å sikre kvalitet i tjenestene på de ulike risikoområdene.

Resultatene for tannhelse hos barn og unge viser også store geografiske forskjeller.

Nasjonale kvalitetsindikatorer for diabetes hos barn og unge som ble introdusert i 2016 viser at diabetesbehandlingen i Norge har hatt en positiv utvikling fra 2010 til 2016. På den annen side er ikke målene for indikatorene nådd, og det er variasjoner mellom de regionale helseforetakene.

Helsetjenesten er nå halvveis i perioden for Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015–2020, med konkrete målsettinger om redusert antibiotikabruk. Resultater for fem kvalitetsindikatorer på dette området viser en positiv utvikling fra 2012 til 2016. Framgangen er så langt størst hva gjelder total bruk av antibiotika i befolkningen, mens reduksjonen i bruken av fem utvalgte, bredspektrede antibiotika så langt er mindre enn ønskelig. Ikke alle sykehus hadde i 2016 implementert kravet om å ha et antibiotikastyringsprogram. Departementet forventer derfor videre nedgang i bruken av bredspektrede antibiotika på sykehusene i 2017.

Infeksjonsindikatorene tyder på at det er en relativt lav og på noen områder svak fallende forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner ved norske sykehus.

Når det gjelder andelen tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne, har det på landsbasis vært en forsiktig nedgang fra 2015 til 2016 og noe variasjon mellom regionene. For tvangsmiddelbruk var det for samme periode en liten oppgang, men et mindre komplett datagrunnlag gjør det vanskelig å sammenligne. Det arbeides med å bedre datakvaliteten.

8.2 Pasientens helsetjeneste

Pasientens helsetjeneste handler om at pasienten er en likeverdig samarbeidspartner og at tjenestene i større grad organiserer seg og virker ut fra

pasienter og brukeres behov. Stadig flere mennesker lever hele eller store deler av livet med sykdom eller helseutfordringer. Denne erkjennelsen krever en forandring i måten helsetjenesten møter pasientene på. Dette er selve kjernen i pasientens helsetjeneste. Det er her pasientens helsetjeneste skiller seg fra begrepet «pasienten i sentrum» som i større grad forutsetter at pasienten er i sentrum for andres oppmerksomhet. Med en visjon om pasientens helsetjeneste må samvalg etterstrebes, og pasienten skal være en aktiv og likeverdig deltaker. Ikke alle pasienter kan bli friske, selv med god behandling. Det å bidra til at pasienter mestrer sine helseutfordringer bedre og får økt livskvalitet, er derfor også viktig. «Å mestre egen sykdom er en medisin som brukes for lite», er ett av rådene fra pasienter og brukere. Involvering, god kommunikasjon med helsepersonellet og dialog om risikovurderinger og pasientens preferanser og behov er viktig i helsepersonellets møte med pasientene. Helsefremmende sykehus, opplæring i mestringsstrategier, etablering av pasient- og brukergrupper, pårørendeinvolvering og likemannsarbeid kan bidra til større mestring og bedre livskvalitet.

Å få til pasientens helsetjeneste fordrer imidlertid kunnskap om rettigheter og at informasjon og dialog om ulike behandlingsmetoder og informasjon om utprøvende behandling når ut til dem som trenger det. Pasient- og brukerombudene erfarer at både pasienter, innbyggere og tjenesteytere har for lite kunnskap om pasient- og brukerrettigheter og klagemuligheter. Helse- og omsorgstjenesten har særskilte utfordringer i møte med pasienter og brukere med annen språkbakgrunn og kulturell bakgrunn. Det enkelte helsepersonell og virksomhet har et ansvar for å påse at informasjonen er forstått og å bruke kvalifisert tolk når dette er nødvendig. I møte med samiske pasienter og pårørende har helse- og omsorgstjenesten et særlig ansvar for å tilpasse tjenestene.

Pasientens digitale helsetjeneste

Digitalisering og ny teknologi gjør det i mange tilfeller lettere for pasienter og brukere å involvere seg i egen helse. Det er kommet et økende antall digitale virkemidler og beslutningsstøtteverktøy for å fremme samvalg og mestring. Velferdsteknologi bidrar til tryggere og bedre tjenester og for å skape «pasientens digitale helsetjeneste» utvikles flere løsninger som gir pasienter og brukere en enklere hverdag. For eksempel har innbyggerne i Helse Vest RHF og Helse Nord RHF nå fått tilgang til egen sykehusjournal. I Helse Vest RHF kan inn-

byggerne blant annet se og endre sine egne sykehusavtaler.

Det er lansert en ny elektronisk løsning for refusjon av pasientreiser som gjør at pasientene slipper å sende søknad og kvitteringer i posten og som bidrar til at pasientene kan få raskere svar og utbetaling. Det er startet utprøving av e-konsultasjon med fastlegene, samt at pasienter kan ta elektronisk kontakt med legen for fornyelse av resepter og bestilling av timer. Det gir bedre utnyttelse av både pasientens og legens tid.

Helsenorge.no – den offentlige helseportalen – inneholder brukervennlig informasjon om helse, livsstil, pasient- og brukerrettigheter, sykdom, helsehjelp og behandling. I tillegg inneholder portalen selvbetjeningsløsninger. Pasienter og brukere kan logge seg inn og få tilgang til tjenester for å kunne følge opp egen helse, herunder se hvilken helseinformasjon som er registrert om den enkelte, se og redigere egen kjernejournal, bytte fastlege, få oversikt over egne resepter og sjekke hvilke vaksiner som er tatt. Selvbetjeningstjenesten utvikles stadig.

Direktoratet for e-helse har sammen med Helsedirektoratet fått i oppdrag å gjennomgå den generelle informasjonen om kliniske studier på www.kliniskestudier.helsenorge.no og forbedre denne. I tillegg skal de sørge for at nettsiden blir lettere å finne fram til for pasienter og helsepersonell. Direktoratet for e-helse har også fått i oppdrag å legge til rette for bedre tilrettelagt informasjon på helsenorge.no om pasientrettigheter og hvordan gå fram dersom du har opplevd uønskede hendelser. Helsedirektoratet har iverksatt en prosess for å vurdere ytterligere tiltak for å nå ut til innbyggere og tjenesten med kunnskap om pasient- og brukerrettighetene.

Fastlegeordningen

Ved Stortingets behandling av den forrige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, uttalte en samlet helse- og omsorgskomite at de støttet uttalelsen fra pasient- og brukerombudene om at fastlegeordningen må evalueres.

Under trontaledebatten 11. oktober 2017 vedtok Stortinget å be regjeringen evaluere fastlegeordningen og fremme sak til Stortinget med forslag om endringer i ordningen som sikrer at målene for fastlegereformen innfris. Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp vedtaket på egnet måte.

Norge har god legedekning med færre innbyggere per fastlege enn mange andre land. Noen

steder er det blitt mer krevende å rekruttere fastleger. Dette har flere årsaker. Mange fastleger opplever økt arbeidspress, og Helse- og omsorgsdepartementet har derfor bedt Helsedirektoratet kartlegge hvilke oppgaver fastlegene bruker tid på. Departementet har i tillegg satt ned et utvalg som skal se på prioriteringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen mener det er viktig å videreutvikle fastlegeordningen slik at den kan møte framtidens behov for medisinsk kompetanse i kommunen, større faglig bredde i tjenesten, flere innbyggere med både kroniske sykdommer og store sammensatte behov. Det vil kreve mer teamarbeid og bedre bruk av legeressursene. Utpøring av primærhelseteam ble foreslått i primærhelsetjenestemeldingen, og de første pilotene starter i 2018.

Omsorgstjenesten

I Meld. St. 13 (2016–2017) Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 ble det landsomfattende tilsynet med hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov presentert. Komiteen merket seg den gang at pårørende er gjennomgående urolige over mangelen på verdighet, omsorg, tillit og trygghet i hjemmetjenestene for hjemmeboende eldre over 80 år, jf. Innst. 234 S (2016–2017). Det landsomfattende tilsynet med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming er omtalt i årets melding. Her ble det avdekket lovbrudd i 45 av 57 kommuner. Kommunene har ansvaret for å gi disse gruppene den hjelpen de trenger og har krav på.

Den mest oppdaterte oversikten over utviklingstrekk i omsorgstjenesten, er gitt i Helsedirektoratets analyserapport over utviklingstrekk i omsorgstjenesten for 2016. Rapporten baserer seg på statistikk fra IPLOS-registeret og KOSTRA, forskningsbaserte enkeltstudier, tilsynsrapporter, rapporter fra evaluering av nasjonale planer og erfaring med utviklingsprogram i tjenestene samt tilbakemeldinger fra fylkesmennene og forskningsmiljøer. Analyserapporten fra 2016 viser blant annet til Samdata kommune, som viser at det er betydelige variasjoner i kommunenes tjenestetilbud, men at disse reduseres når det korrigeres for alderssammensetning, antall utviklingshemmede, dødelighet og antall innbyggere.

Det er store variasjoner mellom kommunene når det gjelder satsing på hjemmebaserte tjenester og institusjonstjenester. Mens enkelte kommuner har et lavt nivå både på helsetjenester i hjemmet og i institusjon, har andre satset både på institusjons- og hjemmetjenester. Andre kommuner

innretter sitt tjenestetilbud gjennom å satse enten på hjemmebaserte eller institusjonsbaserte tjenester. Kommuner som har lavt nivå både på institusjons- og hjemmebaserte tjenester tenderer til å ha et høyt nivå av liggedager på sykehus for utskrivningsklare eldre pasienter.

Regjeringen har foretatt en rekke endringer for å forbedre omsorgstjenestene. Det er gjennomført tiltak for å øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, innført tydelige krav til ledelse og utdannet flere ledere, stimulert til bygging av flere nye sykehjemsplasser, forskriftsfestet et krav til legemiddelgjennomgang på sykehjem og iverksatt tiltakspakker på risikoområder gjennom pasientsikkerhetsprogrammet.

Disse grepene er imidlertid ikke tilstrekkelige til å utjevne de uønskede forskjellene. Regjeringen har derfor satt i gang arbeidet med en kvalitetsreform for eldre – Leve hele livet. Reformen skal handle om de grunnleggende tingene som oftest svikter i tilbudet til eldre: mat, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Det er arrangert dialogmøter ulike steder i landet med deltakelse fra eldre og pårørende, ansatte og ledere i kommunene, frivillige og forskere. Møtene har handlet om hvilke verktøy kommunene må ta i bruk for å forbedre tjenestene til eldre, om hva departementet kan gjøre for å forbedre tjenestene og hvordan kommunene kan lære av hverandre. Arbeidet skal bygge videre på de stortingsmeldinger og strategier som er fremmet tidligere. Det planlegges å fremme en stortingsmelding våren 2018 der det gis en oppsummering og statusoversikt over igangsatte tiltak, og hvor det fremmes forslag til nye tiltak og virkemidler i reformarbeidet. Det tas sikte på at reformen iverksettes nasjonalt fra 2019.

Psykisk helsevern

Pasient- og brukerombudene peker i sin årsmelding på at mange av henvendelsene til ombudene handler om psykisk helse. Sivilombudsmannens avdekking i 2016 av alvorlige brudd på regelverk på institusjoner innen tvungent psykisk helsevern er også et viktig bidrag til å forebygge lovbrudd overfor en sårbar pasientgruppe.

Det er et helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i det psykiske helsevernet i spesialisthelsetjenesten. Det har i lengre tid vært bekymring for den relativt stabile og antatt høye forekomsten av tvangsbruk i psykisk helsevern. Innleggelse og behandling med tvang er svært inngripende, og risikoen for påføring av traumer og skader er stor. Tvang skal være aller

siste utvei og først når frivillige tiltak er grundig dokumentert å ikke føre fram. Rapporteringen av tvangsbruk har over tid være preget av mangler og feil. I tillegg er det i 2016 blitt avdekket at den faktiske tvangsbruken har vært høyere enn innrapporterte vedtak tilsier, samt at mange vedtak har vært ufaglig begrunnet og til dels lovstridige. Gjennom 2016 ble det følgelig stilt skjerpede krav til regionale helseforetak og til Helsedirektoratet på området. Helseforetakene er pålagt å sikre korrekt innrapportering av tvangsdata samt å følge opp sitt lovpålagte ansvar for å holde all tvangsbruk innenfor lovlige og faglige rammer. For å oppfylle ansvaret og redusere unødvendig bruk av tvang er foretakene blitt bedt om å styrke ledelse, kompetanse, kultur og holdninger. Det er behov for å følge nøye med på den videre utviklingen, herunder hvordan styringskravene blir fulgt opp.

Regjeringen oppnevnte i juni 2016 et lovutvalg som skal foreta en samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren og vurdere hvordan regelverket kan bli klarere og mer samordnet. Utvalget er spesielt bedt om å vurdere behov for endringer for å tilpasse reglene til barn og unges særlige behov og rett til beskyttelse. Utvalget er også bedt om å foreslå eventuelle endringer for å bedre mulighetene for god samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten og andre omsorgstilbud, for eksempel barnevernet. Utvalget skal levere sin innstilling i september 2018.

Pasient- og brukerombudene mener at tilbud om medikamentfri behandling må komme på plass, i tråd med politiske løfter og krav til de regionale helseforetakene. Det er nå etablert tilbud om dette i alle de fire regionale helseforetakene.

I likhet med den stabile forekomsten av tvang i psykisk helsevern har det lenge vært bekymring for omfanget av selvmord i Norge, og spesielt selvmord som begås av personer under oppfølging av psykisk helsevern. Til tross for tiltak gjennom flere år har selvmordsraten holdt seg stabil. Årsakene til selvmord er sammensatte og rammer mennesker i forskjellige livssituasjoner. Både individuelle faktorer og miljørisikofaktorer har betydning. Arbeidet mot selvmord er komplisert og krever langsiktig innsats.

Som ledd i handlingsplanen for forebygging av selvmord og selvskading er det under implementering et nytt kartleggingssystem for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dataene og kunnskapen fra dette systemet skal bidra til å redusere risiko for svikt og mangler i pasientoppfølgingen og til læring i tjenestene slik at færre personer

ender med å ta sitt liv. Innføring av kartleggingssystemet er en tidkrevende prosess, siden innsamling av data må gjøres i tråd med taushetsplikt- og personvernbestemmelsene. Resultater vil trolig først foreligge i 2018.

Alle tiltak i handlingsplanen er igangsatt, og flere er ferdigstilt når handlingsplanen løper ut i 2017. Det er like fullt behov for å fortsette arbeidet med å forebygge og forhindre selvmord i helsetjenestene, men også i samfunnet generelt.

Historien om Ida har vist at samarbeidet mellom barnevern og psykisk helse ikke har fungert godt nok. Barneministeren og Helse- og omsorgsministeren har tatt initiativ til en felles satsing for å bedre psykisk helse for barnevernsbarn. Målet er at barn og ungdom som både har behov for omsorg fra barnevernet og behandling fra psykisk helsevern, skal få den koordinerte hjelpen de har behov for. Regjeringen vil blant annet etablere et statlig tilbud til barn som har behov for langvarig og/eller spesialisert omsorg utenfor hjemmet og som samtidig har omfattende og sammensatte psykiske vansker og lidelser. I første omgang vil to barnevernsinstitusjoner bli utpekt til formålet i Bufetat, region sør og Bufetat, region nord, i henholdsvis Søgne og Bodø.

Legemidler

Feil i legemiddelhåndtering og feil bruk av legemidler er fortsatt en av de største pasientsikkerhetsutfordringene i den norske helse- og omsorgstjenesten. Dette kommer blant annet fram i meldeordningen til Helsedirektoratet. Stortinget har i forbindelse med Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse vedtatt en rekke tiltak for å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler. Krav om legemiddelgjennomgang på sykehjem ble fastsatt i forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (legemiddelhåndteringsforskriften). Den trådte i kraft 1. januar 2017. Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» bidrar til implementering av kravet gjennom sin tiltakspakke «riktig legemiddelbruk i sykehjem». Programmet har i tillegg en egen tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten.

God kvalitet ved behandling med legemidler forutsetter at de som forskriver legemidler, annet helsepersonell og pasienten selv har korrekte og oppdaterte opplysninger om hvilke legemidler pasienten skal bruke. En oppdatert oversikt over legemidlene som hver enkelt pasient bruker antas å være det viktigste enkelttiltaket som kan bedre

pasientsikkerheten på legemiddelområdet. Forslag til forskriftsendringer om etablering av pasientens legemiddelliste ble sendt på høring våren 2017. Departementet arbeider med oppfølging av innspillene, med sikte på at endringene kan vedtas tidlig i 2018. Forslaget til pasientens legemiddelliste innebærer at rekvirenter må se og ta stilling til pasientens legemiddelliste før nytt legemiddel kan forskrives. Når en lege gjør endringer i pasientens legemiddelbruk, skal legemiddellisten oppdateres sentralt. Forslaget til løsning tar utgangspunkt i gjenbruk og videreutvikling av dagens nasjonale e-helseløsninger (e-resept og kjernejournal).

Inhalasjonsveiledning i apotek ble startet i 2016. I løpet av de første 10 månedene ble det gjennomført om lag 40 000 inhalasjonsveiledninger i apotek, og om lag 10 prosent av målgruppen er nådd. Det ble avdekket at 2/3 av pasientene hadde behov for korrigering av inhalasjonsteknikken og nesten 20 prosent hadde behov for ytterligere oppfølging etter at veiledning var gitt. Inhalasjonsveiledning i apotek for pasienter med astma og kols videreføres. Folkehelseinstituttet skal i 2018 utvide registerstudien om inhalasjonslegemidler for å undersøke om det er pasientgrupper som kan ha særlig nytte av inhalasjonsveiledning eller om det finnes inhalasjonslegemidler som særlig er forbundet med feilbruk.

I Prop. 1 S (2017–2018) er det også foreslått å starte opp en tjeneste med oppstartsveiledning i apotek. Oppstartsveiledning er en tjeneste der det gis to oppfølgingssamtaler mellom farmasøyt og pasient, etter reseptekspedering. Målet med tjenesten er å øke etterlevelsen av behandlingen. Oppstartveiledning er foreslått for pasienter som skal starte opp med et nytt legemiddel til behandling av enten høyt blodtrykk, behandling av høyt kolesterol eller blodfortynnende legemidler.

Siden 2015 har Relis (Regionale legemiddelinformasjonssentra) gjennomført piloter med Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (Kupp). I Kupp utarbeider en gruppe med anerkjente spesialister fra et fagområde en kortfattet sammenfatning av tilgjengelig kunnskap på et bestemt tema, sammen med farmasøyter og farmakologer. Det utarbeides deretter et undervisningsopplegg som formidles direkte til legen i et én-til-én møte. Relis har gjennomført Kupp-piloter i alle helseregioner i perioden 2015–2017. Tema i pilotene har vært riktig bruk av NSAIDs¹ og riktig bruk av antibiotika.

¹ NSAIDs er non-steroidal antiinflammatoriske legemidler, dvs: smertestillende og betennelsesdempende legemidler.

Planen er at Relis i 2018 skal fortsette kampanjen på antibiotika og sette i gang en Kupp-kampanje på diabetes 2.

Dette er eksempler på virkemidler som kan gi bedre behandling ved at man forebygger feilbruk av legemidler og oppnår bedre etterlevelse av behandlingen.

Ernæring

Nasjonale kvalitetsindikatorer på oppfølging av ernæring i sykehjem og hjemmetjenester i 2016 viser at det er store variasjoner mellom kommunene.

Regjeringen la våren 2017 frem Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021) Sunt kosthold, måltidsglede og god helse for alle. Det er satt i gang et arbeid med oppdatering av nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. I tillegg er det tatt initiativ til ulike kompetansehevende tiltak i kommunene og styrking av grunn-, videre- og etterutdanning til ansatte i helse- og omsorgstjenesten, samt økt innsats i lederopplæring som også vil komme ernæringsområdet til gode. Kartlegging har avdekket for lang nattfaste og ugunstige måltidsrytmer ved sykehjem. Regjeringens oppmerksomhet på dette har ført til at mange sykehjem har endret måltidsrytmen slik at brukerne får bedre appetitt, spiser mer gjennom døgnet og sover bedre. God samhandling mellom tjenestene er grunnleggende i arbeidet for å forebygge underernæring. Helsedirektoratet har blant annet fått i oppdrag å etablere helhetlige ernæringsstrategier og å sørge for at dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger pasienten ved flytting til annet tjenestenivå. Ernæring er fra 2016 en tiltakspakke i pasientsikkerhetsprogrammet, og mat er ett av fire hovedtema i ny kvalitetsreform for eldre – Leve hele livet.

Infeksjoner og antibiotika

Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020) er regjeringens tverrdepartementale og tverrsektorielle strategi. Den angir regjeringens mål for arbeidet og tiltaksområdene for å oppnå disse. Et sentralt tiltaksområde i strategien er bedre infeksjonskontroll. Det omfatter forebygging av infeksjoner og kontrolltiltak som typisk rettes mot spesifikke mikrober. Andre områder for å sikre fortsatt god infeksjonskontroll er bruken av vaksiner (få flere til å ta vaksine mot sesonginfluensa) og arbeidet for å få raskere og bedre diagnostikk.

Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helse-tjenesten er departementets tiltaksplan for helse-sektoren. Den har fokus på reduksjon i antibiotika-
bruk i helsetjenesten. Planen omfatter 20 kon-
krete tiltak som skal være gjennomført før utgan-
gen av 2020.

Et redusert totalforbruk av antibiotika i Norge
er alene ikke tilstrekkelig for å hindre videre
utbredelse av antibiotikaresistens. Andre tiltak
som styrking av det internasjonale samarbeidet,
forskning og innovasjon, overvåkning og analyse
gjennomføres også.

8.3 Bedre ledelse, kultur og systemer

Gjennomgående tema i de tre første meldingene
om kvalitet og pasientsikkerhet har vært opp-
merksomhet på ledelse, kultur og system for å
bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Dette handler
om tydelig ledelse, en kultur for åpenhet og
læring og et system for å kunne gjennomføre for-
bedringer. Det er tjenesten selv som har ansvaret
for å levere forsvarlige tjenester og å arbeide sys-
tematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og
brukersikkerhet. Nasjonale myndigheter har
imidtertid det overordnede ansvaret for helse- og
omsorgstjenestene og for at tiltak og virkemidler
på nasjonalt nivå understøtter tjenestens ansvar.

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

I januar 2017 trådte forskrift om ledelse og kvali-
tetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten i
kraft. Med denne forskriften har ledere i hele
helse- og omsorgstjenesten, inkludert private
helsevirksomheter, fått et verktøy som tydeliggjør
hvilke krav som settes til ledere for å sikre at virk-
somheten leverer faglig forsvarlige helse- og
omsorgstjenester og arbeider systematisk med
kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikker-
het. Forskriften erstatter tidligere forskrift om
internkontroll i helse- og omsorgstjenesten og er
tydelig på at internkontroll skal være en integrert
og naturlig del av virksomhetens styringssystem.
Forskriften slår tydelig fast at det er toppledelsen
som har ansvaret for at virksomheten planlegges,
gjennomføres, evalueres og korrigeres. I den
kommunale helse- og omsorgstjenesten er det for
eksempel administrasjonssjefen som har det over-
ordnede ansvaret for styringssystemet i kommun-
en, og i helseforetakene ligger ansvaret hos dag-
lig leder.

For å støtte ledere i arbeidet med å implemen-
tere forskriften, har Helsedirektoratet publisert
en elektronisk veileder. Veilederen utdyper kra-
vene i forskriften og gir eksempler på gjennomfø-
ring i praksis. Den gir råd om hvordan ledere kan
identifisere og følge opp forbedringsområder. Vei-
lederen utdyper også hvordan medarbeidere og
brukere av helse- og omsorgstjenesten kan invol-
veres og få innflytelse. Videre gir den eksempler
på hvordan øverste leder kan sette gode mål for
virksomheten. Den anbefaler å sette konkrete mål
i tall og tid for pasient-, bruker- og pårørendetil-
fredshet, kvalitet og pasientsikkerhet, forbedring,
personal/HMS, drift og logistikk og økonomi og
effektivitet.

Forskriften er bygd opp rundt forbedrings-
sirkelen som er å planlegge, gjennomføre, evaluere
og korrigere. Å ta i bruk kvalitetsmålinger er ett
av de konkrete forslagene i veilederen. Uten
målinger er det vanskelig å vite hvilke resultater
en virksomhet har og om de iverksatte tiltakene
har effekt. Uten målinger kan det også være van-
skelig å vite om kvaliteten er jevn, eller om det er
store tilfeldige eller systematiske variasjoner.
Etter departementets mening bør ledere ta i bruk
målinger som gir oversikt over prosesser og resul-
tater av betydning for pasienter og brukere. På
denne måten blir det også lettere å registrere kva-
litätsforbedringer og bedringer i pasientsikkerhe-
ten. Pasient- og brukerfaringer er helt avgjørende
å måle.

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur

Helse- og omsorgstjenestens viktigste ressurs er
de ansatte. Helsepersonell har et individuelt
ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp, men virk-
somheten og dets ledelse har et ansvar for å eta-
blere system og rutiner som sikrer at virksomhe-
ten leverer forsvarlige og gode tjenester uten unø-
dig skade på pasientene.

God kvalitet og høy pasientsikkerhet utvikles
best i kulturer der medarbeidere og ledere har et
eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig
interesse i å bli bedre. Det fordrer videre en kul-
tur der en er åpen om og melder fra om uønskede
hendelser og er opptatt av å finne ut hvordan hen-
delsen kunne skje for å finne årsaker og tiltak på
systemnivå framfor å gi skylden til enkeltperso-
ner. Sammen med et godt kvalitetssystem kan
slike virksomheter forebygge skader, sykdom og
også fravær hos sine ansatte og bidra til å legge
grunnlaget for god og sikker pasientbehandling.
Dette krever også en toppledelse som prioriterer
systematisk arbeid med helse, miljø og sikkerhet

og ser dette i sammenheng med pasientsikkerhet. Dette er bakgrunnen for at oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene de siste to årene har slått fast at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Nytt i 2018 er at spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre den første felles undersøkelsen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen viderefører de viktigste elementene fra de tidligere arbeidsmiljøundersøkelsene som er gjennomført på lokalt nivå i spesialisthelsetjenesten og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen som gjennomføres i regi av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender». Formålet er å gi ledere og ansatte på ulike nivå kunnskapsgrunnlag for å iverksette tiltak knyttet til arbeidsmiljø og pasientsikkerhet og kunne se disse to elementene i sammenheng.

Kulturrendring er krevende, men helt avgjørende for å lykkes med å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetsprogrammets kartlegging av pasientsikkerhetskultur i 2014 tydet på at 56 prosent av de kartlagte behandlingssenheter hadde modent sikkerhetsklima, mens 63 prosent hadde et modent teamarbeidsklima. Tiltak for å bedre kultur og åpenhet er fulgt opp i foretaksprotokollen. De regionale helseforetakene er der bedt om å samarbeide om å øke kunnskapsgrunnlaget, analysere årsaksforhold, utvikle strategier og tiltak og utvikle felles indikatorer for å måle forbedringer i forholdet mellom ledelse og ansatte. De regionale helseforetakene har ansvar for at den felles undersøkelsen gjennomføres etter felles metode slik at indikatorene kan aggregeres til nasjonale tall for å kunne følge utviklingen over tid.

Nasjonal tilrettelegging for å fremme kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet

Nasjonale myndigheter har en oppgave i å synliggjøre innhold og variasjon i kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten overfor befolkningen. Denne meldingen er et bidrag til dette, sammen med tiltak som videreutvikling av helse- og kvalitetsregistre, utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, analyseverktøy, meldeordninger for uønskede hendelser, ulike former for undersøkelser og kartlegginger av pasienterfaringer, pasientsikkerhetskultur, pasientskader m.m. Disse kildene utgjør samtidig et viktig kunnskapsgrunnlag for tjenestens ansvar for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

De nasjonale kvalitetsindikatorene gir viktig kunnskap om kvaliteten i tjenesten. Pasientombudene tar blant annet opp viktigheten av at tidsbruken i hele pasientforløpet – også innad i spesialisthelsetjenesten – skal være i tråd med god praksis og av god kvalitet. Det er viktig å følge pasientene gjennom hele pasientforløpet. Regjeringen har derfor innført pakkeforløp for kreft og nasjonale kvalitetsindikatorer for disse. Regjeringen vil innføre pakkeforløp for psykisk helse, rus og hjerneslag. I 2017 er det også innført en ny indikator for passert planlagt tid i sykehusene. Denne måler pasientkontakter som er forsinket i forhold til det planlagte tidspunktet.

Det finnes mest kunnskap om kvalitet, pasientsikkerhet og risikoområder i spesialisthelsetjenesten. Selv om sykehus er høyrisikovirksomheter, er pasient- og brukersikkerhet like viktig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil i 2018 etablere Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelseskomisjonen skal undersøke alvorlige hendelser og andre forhold som for eksempel omorganisering som kan påvirke pasient- og brukersikkerheten i hele helse- og omsorgstjenesten. Helseforetak og virksomheter med avtale med helseforetak eller regionale helseforetak har plikt til å varsle undersøkelseskomisjonen om hendelser, men pasienter, brukere og pårørende har også mulighet til å varsle om hendelser. Undersøkelseskomisjonen skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar, men gå i dybden av hendelser for å finne ut hva som skjedde, hvordan det kunne skje og hva som kan gjøres for å hindre at det skjer igjen. Undersøkelseskomisjonen skal sammenfatte funnene i en rapport som vil være utgangspunkt for videre oppfølging og læring.

Regjeringen la i juni 2017 frem Prop. 150 L (2016–2017) Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven). I proposisjonen følger Regjeringen opp en del av de forslagene som ble fremmet i NOU 2015: 11 Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Det foreslås blant annet å utvide plikten til å varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn til å omfatte alle helse- og omsorgstjenester, og ikke bare spesialisthelsetjenesten som i dag. Det foreslås også å lovfeste at virksomheten skal avholde møter etter alvorlige hendelser for pasienter, brukere og pårørende. I tillegg foreslås det en ny helsetilsynslov. I all hovedsak er loven en videreføring av gjeldende rett, men bestemmelsene om tilsynsmyndighetene samles i én lov.

Helse- og kvalitetsregistre er viktige kilder til informasjon om kvalitet i helsetjenesten. De kan benyttes som verktøy for å synliggjøre om behandling er virkningsfull, og kan benyttes som virkemiddel for å avdekke om etablerte prosedyrer og faglige retningslinjer følges. I 2016 publiserte 49 av de 54 nasjonale medisinske kvalitetsregistrene resultater innenfor sitt fagområde på nettstedet www.kvalitetsregistre.no.

I 2017 etableres første versjon av Kommunalt pasient- og brukerregister. Hovedformålet med registeret er å gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Registeret skal også være en viktig datakilde til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal.

Helsedataprogrammet i regi av Direktoratet for e-helse har fått i oppgave å utvikle felles teknologiske løsninger for eksisterende og nye registre. De har blant annet startet arbeidet med en helseanalyseplattform som på en trygg måte skal gjøre helsedata enklere tilgjengelig for forskning og analyse. Rapporten fra ekspertutvalget som har foreslått juridiske, organisatoriske og tekniske tiltak for et enklere og sikrere system for tilgang til helsedata har vært på høring og er nå til behandling i departementet.

IKT og pasientsikkerhet

Det langsiktige arbeidet med En innbygger – én journal er viktig for å sikre at opplysninger i journalen er tilgjengelig for det helsepersonell som trenger dem for å kunne gi god og forsvarlig helsehjelp. Dersom dataene blir lagret på en mer standardisert måte enn i dag, kan tiltaket også bidra til enklere tilgang til aggregerte data om helsetilstanden i befolkningen og helsetjenestens kvalitet.

I arbeidet med de tekniske løsningene som kan legge til rette for og bidra til bedre og tryggere pasientbehandling, er det grunnleggende viktig at kvaliteten på det som legges inn i journalen er god. Det er derfor urovekkende at både NPE og Statens helsetilsyn framhever mangelfull journalføring i sine årsrapporter og at Meldeordningen i sin årsrapport finner at kurveføringen er den største utfordringen for pasientsikkerhet innenfor kategorien «svikt i dokumentasjon og informasjonsflyt». Dette er et område hvor det er behov for økt oppmerksomhet. Dette først og fremst fordi manglende journalføring og dårlig kurveføring innebærer at relevante opplysninger

om pasienten som har betydning for å gi god helsehjelp mangler, men også fordi journaldata i hovedsak er datakilden for helse- og kvalitetsregistre. God dekningsgrad og datakvalitet er avgjørende for å få pålitelige resultater som kan brukes som grunnlag for analyser, statistikk, kvalitetsforbedring, forskning, planlegging og styring.

Dette er en oppgave som ligger hos de regionale helseforetakene. I Helse Vest RHF pågår det en utrulling av løsning for kurve- og legemiddelhåndtering som etter planen vil være på plass innen utgangen av 2019. De andre helseregionene arbeider også med å få på plass løsninger på dette området.

Implementering og etterlevelse av god praksis

Kunnskap er ikke nok dersom kunnskapen ikke brukes. Helsedirektoratet har ansvar for å utvikle nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som helse- og omsorgstjenesten forventes å følge. Likevel tyder internasjonal forskning på at det tar mange år før slike retningslinjer er implementert i tjenesten. I Helsedirektoratets meldeordning fremkommer det at det største risikoområdet for pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten er knyttet til at kliniske prosesser og prosedyrer ikke blir fulgt. Det er behov for økt kunnskap om hva som skal til for å endre praksis i tråd med faglige retningslinjer og prosedyrer.

Implementering av retningslinjer og tiltak for å forebygge svikt har tradisjonelt vært oppfattet som tjenestens ansvar. Samtidig har helsemyndighetene de siste årene også vært opptatt av å bidra med implementering av tiltak. Helsedirektoratet publiserer for eksempel nå faglige retningslinjer og veiledere elektronisk og vektlegger en mer brukervennlig presentasjonsform.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» har som mål å redusere pasientskader ved å innføre kunnskapsbaserte tiltakspakker på kjente risikoområder. På flere av disse risikoområdene kan man nå følge utviklingen nasjonalt gjennom nasjonale kvalitetsindikatorer og kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur.

Pasientsikkerhetsprogrammet arbeider i 2017 med å innføre nye tiltakspakker knyttet til forebygging av underernæring, tidlig oppdagelse av forverret tilstand, tidlig oppdagelse av sepsis og trygg utskrivning. Alle disse tiltakspakkene er rettet mot risikoområder som også er omtalt i denne meldingen.

Mange av tiltakspakkene er relevante for både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse-

og omsorgstjenesten. En forskjell er at spesialisthelsetjenesten er pålagt gjennom oppdragsdokumentet å delta i programmet, mens kommunene oppfordres til å delta. I spesialisthelsetjenesten er det i tillegg gjennomført årlige kartlegginger av omfanget av pasientskader for inneliggende pasienter ved bruk av metoden Global Trigger Tool (GTT) samt validert og gjennomført undersøkelser av pasientsikkerhetskultur.

Pasientsikkerhetsprogrammet bidrar til implementering av tiltakspakkene ved å arrangere læringsnettverk gjennom tre samlinger. Læringsnettverk er en metode som har vist seg egnet til å fremme kompetanse i kvalitetsforbedring også i andre satsninger. Folkehelseinstituttet bruker for eksempel læringsnettverk i sitt samarbeid med KS knyttet til pasientforløp i kommunene for henholdsvis eldre og kronisk syke og for personer med psykisk helse- og/ eller rusproblemer.

Læringsnettverk for både ansatte og ledere bygger kompetanse i kvalitetsforbedringsarbeid og er en arena for å spre gode erfaringer og lære av hverandre. I flere av læringsnettverkene møtes ansatte både fra kommuner og helseforetak. Gjennom slike prosesser i nettverk, skapes nye kontakter og arbeidsmåter som ellers ville være vanskelig å få gjennomført.

Pasientsikkerhetsprogrammet følges opp, og et av de foreløpige funnene er at programmet er godt kjent i helse- og omsorgstjenesten og har introdusert metodikk og arbeidsformer som forenkler implementering av tiltak rettet mot å øke pasientsikkerheten på operativt nivå. Programmet har imidlertid ikke kommet så langt i implementeringen som målsettingen tilsier og som innebærer at alle relevante tiltakspakker som er pilotert og implementert gjennom læringsnettverk skulle vært spredd i alle relevante avdelinger i spesialisthelsetjenesten innen utgangen av 2016. Kartleggingen av pasientskader i 2016 viser også at det er

behov for styrket innsats for å nå målet om å redusere omfanget av pasientskader innen utgangen av 2018. Fra 2012 til 2016 har den totale andelen pasientskader holdt seg stabilt på like under 14 prosent, mens andel pasientskader som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser har økt noe i perioden.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er målet at det igangsettes minimum ett innsatsområde i 75 prosent av norske kommuner innen utgangen av 2018 og at kommunene som et minstemål bør jobbe med innsatsområdet riktig legemiddelbruk. Ifølge programmets egen kartlegging har programmet nådd ut til om lag 65 prosent av kommunene. Innsatsen rettet mot kommunesektoren er blitt styrket i programmet. Fem kommuner piloterer konseptet «pasient- og brukersikker kommune». Formålet er å forankre pasientsikkerhet i ledelsen, både politisk gjennom kommunestyret og administrativt og faglig gjennom administrasjonssjef/rådmann og ledere på lavere nivå. Følgeevalueringen av programmet viser at kommunene opplever at det fra nasjonalt hold er iverksatt en rekke tiltak rettet mot kommunene. Evalueringen peker på at disse med fordel kunne vært koordinert på en måte som bidrar til at kommunene opplever at de blir stilt overfor likelydende krav og forventninger, og samtidig får hjelp til å arbeide bedre med pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhetsprogrammet har i utgangspunktet en tidsramme på fem år, fra 2014 til utgangen av 2018. Det vil være behov for å videreføre arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet også etter 2018. Departementet har påbegynt en prosess for å vurdere behov for eventuelle endringer i innretningen av arbeidet etter 2018 og se dette arbeidet i sammenheng med øvrige tiltak. Å bygge kompetanse i praktisk arbeid med kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og brukarmedvirkning vil være viktig i det videre arbeidet.

9 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
8. desember 2017 om Kvalitet og pasientsikkerhet
2016 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) *Evalueringsplan av bioteknologiloven*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/>

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-selvsmord-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/Nasjonal-helseberedskapsplan/id761213/>
- Nasjonal overdosestrategi*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-overdosestrategi-20142017/id757507/>
- 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 HelseOmsorg21-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/>
