DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Meld. St. 11

(2014–2015)

Melding til Stortinget

# Kvalitet og pasientsikkerhet 2013

# Innhold


**1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet** ..... 5
1.1 Meldingens oppbygging og innhold 9

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

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

**3 Pasient- og brukerombudene** .. 15
3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen ..... 15
3.2 Særskilte tema ..... 16

**4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene** ..... 17
4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering ..... 17
4.2 Særskilte tema ..... 19

**5 Norsk pasientskadeerstatning** 20
5.1 Hovedtrekk i årsmeldingen ..... 20
5.2 Særskilte tema ..... 20

**6 Kunnskapssenterets meldeordning** ..... 21
6.1 Hovedtrekk i årsmeldingen ..... 22
6.2 Særskilte tema ..... 22

**7 Nasjonal pasient-sikkerhetskampanje «I trygge hender»** ..... 23
7.1 Om pasientsikkerhetskampanjen .. 23
7.2 Resultater ..... 23
7.2.1 Noen resultater fra innsatsområdene ..... 24

**8 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem** ..... 25
8.1 Resultater ..... 26
8.1.1 Virkningsfulle tjenester ..... 26
8.1.2 Trygge og sikre tjenester ..... 27
8.1.3 Involverer brukere ..... 28
8.1.4 Samordnet og preget av kontinuitet 29
8.1.5 Utnytter ressurser ..... 30
8.1.6 Tilgjengelig og rettferdig fordelt .. 32

**Del II Oppsummering** ..... 37

**9 Departementets oppsummering** ..... 39
9.1 Noen hovedtrekk fra de ulike kildene ..... 39
9.2 Pasientens helsetjeneste ..... 39
9.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er et lederansvar 41
9.4 Fremtidige innsatsområder ..... 42

**10 Økonomiske og administrative konsekvenser** ..... 43

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

# Meld. St. 11

(2014–2015)

Melding til Stortinget

# Kvalitet og pasientsikkerhet 2013

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 12. desember 2014, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)*

## 1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

*Pasientens helsetjeneste*

Regjeringen legger med dette frem den første årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet for en bred og åpen diskusjon om status og utfordringer i norsk helsetjeneste.

Regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Vi vil flytte makt fra systemene til pasientene. Et av de regionale brukerutvalgene har uttrykt dette slik: «Pasientar er ofte dei mest radikale endringsagentane. Pasientar og pårørande skal vera like viktige som fagfolk og politikarar i arbeidet framover.»

Bedre kvalitet og trygge tjenester skal sikres gjennom å endre og forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene. Regjeringen vil arbeide for å begrense uberettiget variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitetshensyn.

For regjeringen er det viktig å rette inn kvalitetsarbeidet på følgende tre områder: Å etablere en mer balansert og kvalitetsorientert ledelse, etablere systemer som skal bidra til bedre kvalitet, og å etablere en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten. Alle disse tre grepene skal understøtte arbeidet med å skape en mer pasient- og brukerrettet helsetjeneste. Regjeringen ønsker en helsetjeneste som setter pasienten i sentrum og tilpasser organisering og systemer for å kunne gi rask, trygg og god hjelp når behovet oppstår. Pasienter, brukere og pårørende skal ivaretas bedre.

Mye er bra i norsk helsetjeneste. På mange områder viser internasjonale sammenligninger og nasjonale undersøkelser at vi oppnår gode resultater. Dette skyldes ikke minst dyktige og kompetente ansatte. Samtidig ser vi at det er utfordringer. Kvaliteten i helsetjenesten varierer for mye, og for mange blir skadet eller dør for tidlig som følge av svikt og uønskede hendelser. Selv der de medisinske utfallene kan være gode, vet vi at pasienter i møtet med helsetjenesten opplever mangler innen kommunikasjon, samordning og for lange ventetider.

Det er et mål å fremskaffe bedre kunnskap om tjenestene, og informasjon om dette må gjøres bedre tilgjengelig. Åpenhet er en forutsetning for godt kvalitetsarbeid. Derfor vil regjeringen legge til rette for at Stortinget årlig får anledning til en bred debatt om status for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

*Behovet for årlig melding*

Regjeringen vil gjennom en årlig melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet gjøre opp status, oppsummere relevant informasjon, og gi Stortinget anledning til å drøfte utfordringer for å skape en bedre helsetjeneste for pasientene.

Denne stortingsmeldingen skal gi et bilde av status og utfordringer innen kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, gjennom Kunnskapssenterets meldeordning, sluttrapporten fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenligninger.

Etter regjeringens syn er det i seg selv et uttrykk for politikk, at en slik årlig melding skal legges frem for Stortinget. Regjeringen setter prinsippet om åpenhet som grunnlag for forbedring sentralt. Mangfold, åpenhet og demokratiske prosesser er bærebjelker i et liberalt samfunn. Det er også viktig at kvalitetsarbeidet er forankret i våre politiske og demokratiske organer, og at det skapes arenaer for en systematisk, helhetlig og kontinuerlig diskusjon om hvordan tjenestene kan organiseres for å sikre tryggest og best mulig tilbud til pasienter, brukere og pårørende.

Målet med meldingen er ikke å presentere ny politikk, men å oppsummere status, pågående arbeid og gi Stortinget anledning til å drøfte kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet på en systematisk måte. Meldingen skal ta for seg hele helse- og omsorgstjenesten, det vil si den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Den skal sørge for politisk bevissthet og oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken. En årlig melding skal bidra til kontinuitet i dette arbeidet og gjøre det mulig å følge utviklingen over tid.

*Utfordringsbildet*

Norsk helsetjeneste oppnår gode resultater på mange viktige områder. Samtidig kan vi bli bedre. Det er forholdene der det er forbedringspotensial som gjør krav på mest oppmerksomhet. Det følger også av kildematerialet i meldingen, for eksempel fra Pasient- og brukerombudene og Statens helsetilsyn. Dette materialet kan isolert sett gi et for negativt bilde av helse- og omsorgstjenesten, som de fleste tross alt er fornøyd med og som skårer godt på en rekke viktige indikatorer. Samtidig, selv om bildet som gis i denne meldingen ikke vil være representativt, viser det hvilke områder det er naturlig å rette oppmerksomheten mot når målet er å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten. Kildene gir således et godt bilde på hvor risikoen i systemet ligger og tydeliggjør hvor det er behov for å sette inn tiltak.

Undersøkelser viser at det er for mye variasjon i helsetjenesten. Dette handler både om variasjon i prosesser, praksis og utfall – det vil si behandlinger som tilbys, prioriteringer som gjøres i møtet med pasientene og medisinske resultater i form av ulikheter i kvaliteten. Det er et mål å sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen. Å kartlegge og iverksette tiltak for å begrense uberettiget variasjon, vil være et viktig arbeid for å nærme seg denne målsetningen.

En formulering som er brukt om norsk helsetjeneste, er at den er god på overlevelse, men dårligere på opplevelse. Med det siktes det til at selv om utfallene av en behandling kan være gode, erfarer mange pasienter at kommunikasjonen og organiseringen ikke er god nok. Møtet med helsetjenesten kan da bli en tilleggsbelastning for pasienten, som allerede er i en utsatt situasjon. Det er for mye uklar informasjon og venting, og mange opplever å måtte forholde seg til et stort antall helsepersonell og avdelinger, og mange ulike deler og nivåer av helsetjenesten.

Vi vet fra flere undersøkelser at den norske helsetjenesten må bli bedre når det gjelder informasjon til – og involvering av pasienter og pårørende. Kommunikasjonen mellom helsepersonell, sykehus og kommuner kan bli bedre, og vi må styrke samhandlingen i og mellom tjenestene. Betydningen av god kommunikasjon og informasjon er en gjenganger fra brukerne. Mange gir uttrykk for at kommunikasjon og språk er viktig for at pasientopplevelsen skal bli god. Det uttales at pasientene må få nok informasjon og god informasjon som man forstår, og de må tas med på råd når avgjørelser skal tas.

Det er for mye unødvendig venting på utredning og behandling. Det har lenge vært et mål å redusere ventetidene i spesialisthelsetjenesten, som fortsatt er for høye. Lange ventetider kan være en medisinsk risiko, og selv der utfallet ikke påvirkes kan ventingen oppleves som belastende for pasienter.

En viktig forutsetning for å sikre kvalitet i praksis og for å kunne gjennomføre godt utviklingsarbeid, er tilgang på nødvendige pasientopplysninger, registerdata og klinisk informasjon. Dagens systemer legger ikke godt nok til

rette for dette. Det påvirker både evnen til å styre ut fra kvalitet på ledernivå, og personellets mulighet til å gi best mulig behandling til pasientene de møter.

Å få et godt kunnskapsgrunnlag med gode, pålitelige, relevante og oppdaterte data, er viktig for kvalitetsarbeidet. Derfor er identifisering av kunnskapshull og mangler, med sikte på å tette disse, et viktig arbeid. Det samme er å finne hvilke hindre som eksisterer for at kunnskap effektivt kan tas i bruk i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet – både i klinisk hverdag, så vel som i styring, ledelse og utvikling av helsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenesten er en kunnskapsintensiv sektor. Prosedyrer, behandlinger og metoder er i stadig utvikling, og kunnskap om hva som er beste praksis er ingen gitt størrelse. Det er et mål å sørge for systemer som gjør at oppdatert kunnskap tas i bruk, faglige veiledere og retningslinjer følges og at det gis kunnskapsbasert beslutningsstøtte til helsepersonell. Dette er et ansvar som krever både styring og ledelse, og en kultur som evner å endre praksis i tråd med oppdatert kunnskap. Dersom dette ikke gjøres godt nok, bidrar det både til uberettiget variasjon og at pasienter kan motta annen behandling enn den som er faglig anbefalt.

Det er ikke slik at gapet mellom medisinske resultater og pasientopplevd kvalitet representerer henholdsvis objektiv sannhet og subjektiv oppfatning om status i helse- og omsorgstjenesten. Pasientopplevelser er i seg selv et mål på kvalitet, både fordi gode opplevelser bygger tillit til tjenestene og behandlingen man mottar, og fordi mange av de utfordringene pasienter og pårørende påpeker, er forhold vi vet kan ha innvirkning på behandlingsutfall. Det er et mål at man i større grad skaffer til veie data og informasjon om pasient- og brukeropplevd kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, slik at dette kan være med i grunnlaget for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på alle nivåer.

Pasientrollen er i endring, og moderne pasienter ønsker å involveres i egen behandling, gis mer makt i møtet med helsetjenesten og få delta i beslutninger om egen helse. Skal vi lykkes med å skape pasientens helsetjeneste, kreves det bedre informasjon til, kommunikasjon med og involvering av pasientene og deres pårørende. Det handler både om det formelle, som styrking av pasientens rettigheter, og det mindre formelle, som kulturen på den enkelte arbeidsplass.

*Regjeringens arbeid*

Det legges i denne meldingen ikke frem ny politikk fra regjeringens side. Formålet med meldingen er å gi Stortinget en anledning til å få behandlet temaet kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten på en bred måte. Det pågår allerede et omfattende arbeid for å sikre bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom styring, tiltak og reformer i sektoren.

Regjeringen har varslet at den i løpet av 2015 vil legge frem Nasjonal helse- og sykehusplan som en melding til Stortinget, samt stortingsmeldinger om folkehelsepolitikken, primærhelsetjenesten og legemiddelpolitikken. I tillegg starter regjeringen i 2015 innføringen av Fritt behandlingsvalg, og det vil bli lagt frem en opptrappingsplan på rusfeltet og en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Å skape en mer pasient- og brukerrettet helse- og omsorgstjeneste som i større grad sikrer kvalitet og pasientsikkerhet, er en målsetning i alle disse arbeidene.

Regjeringen flytter makt fra systemet til pasientene. Pasienter, brukere og pårørende skal få en sterkere stemme i utviklingen av tjenestene, mer makt over egen hverdag i møtet med helsetjenesten og mer medbestemmelse i egen pasienthverdag.

Regjeringen arbeider med å utvikle kvaliteten i helsetjenesten på en rekke nivåer. Nye, effektive og sikre behandlinger tas i bruk, det satses på IKT, vi styrker budsjettene i sektoren og legger til rette for kunnskapsbasert utvikling av tjenestene. Systemer, organisering og ledelse skal understøtte kvalitetsarbeidet. Kvalitetsforbedring er et kontinuerlig arbeid.

God og tydelig ledelse er viktig for helse, miljø og sikkerhet for både pasienter og ansatte. Regjeringen stiller tydelige krav til at dette vektlegges av ledelsen på alle nivåer. Det utvikles også bedre lederutviklingsprogram for hele helsetjenesten, også den kommunale.

Bedre registrering av og oppdatering av data, ikke minst sanntidsdata, er viktig for både fagfolkets egen utvikling og dialog, god kvalitetsledelse og åpenhet overfor pasienter. Det er et pågående arbeid å utvikle flere og bedre kvalitetsindikatorer, herunder for pasientopplevd kvalitet, samt bedre systemer for å tilgjengeliggjøre og oppdatere informasjonen til og fra relevante registre.

Mangelen på god nok kunnskap om tjenester på kommunenivå er en svakhet i dagens kunnskapsgrunnlag. Dette er også påpekt i Helse-Omsorg21-strategien. I statsbudsjettet for 2015 har regjeringen foreslått midler til å etablere et

kommunalt helse- og omsorgsregister som vil være et viktig bidrag til å forbedre status her.

Fritt behandlingsvalg skal redusere ventetider og styrke pasientens rettigheter. Regjeringen vil utnytte ledig kapasitet og effektiviseringspotensial i helsetjenesten bedre. Vi vil samarbeide med alle gode krefter for å gi gode helsetjenester. De offentlige sykehusene får større frihet og skal stimuleres til å bli mer effektive.

Regjeringen vil styrke kreftbehandlingen, og vil supplere den nasjonale kreftstrategien som kom i 2013 med en plan for arbeidet. Innsatsen på kreftområdet skal gi kortere ventetider og raskere diagnose. Kreftløftet har tre hovedelementer. Det er etablering av tverrfaglige diagnosesentre, innføring av standardiserte pakkeforløp og bedre samarbeid mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten. I løpet av 2014 vil alle helseregioner ha etablert minst ett diagnosesenter. I 2015 skal 27 pakkeforløp for kreftpasienter implementeres.

Dette er eksempler på hvordan nye ideer og bedre løsninger skal skape en bedre, effektiv og mer pasientrettet helse- og omsorgstjeneste. Satsningene på kreftområdet vil også gi grunnlag for læring som kan anvendes overfor andre sykdomsgrupper, slik at kreftsatsningen blir et foregangsfelt i utviklingen av pasientens helsetjeneste.

Et av eksemplene på hvordan pasienter opplever utfordringer i samhandlingen i helsetjenesten, er når det mangler en fast person å forholde seg til på sykehus og den enkelte pasient har kontakt med stadig nye helsepersonell. Regjeringen har sendt på høring et forslag som gir alvorlig syke pasienter rett til kontaktlege. Forslaget vil bidra til at pasienter slipper å forholde seg til mange leger og at den enkelte pasient får nødvendig informasjon og et bedre møte med helsetjenesten.

Regjeringen er opptatt av å få en bedre oversikt over kvaliteten og kapasiteten i omsorgstjenestene. Vi vil innføre nasjonale normer for å bidra til kvalitet i tjenestene. Regjeringen jobber med å utarbeide flere kvalitetsindikatorer for de kommunale tjenestene.

Tiltak for å sikre bedre og tryggere legemiddelbruk har vært et viktig område i pasientsikkerhetskampanjen. Der har vi sett at gode resultater kan oppnås. Å legge til rette for rett og trygg legemiddelbruk blir et viktig tema i den kommende legemiddelmeldingen.

All pasientbehandling er forbundet med risiko. Det ligger i sykdommer og skaders natur. Uønskede hendelser vil alltid kunne skje i møte med helse- og omsorgstjenesten. Men det må arbeides bedre for å redusere risiko for komplikasjoner og svikt. Det er blant annet viktig å utvikle systemer for å lære av uønskede hendelser, slik at de kan unngås senere.

Arianson-utvalget, som skal vurdere hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten bør følges opp av samfunnet, fikk utvidet sitt mandat og sammensetning av regjeringen. Utvalget skal utrede hvordan en permanent uavhengig undersøkelseskommisjon kan organiseres, i tråd med hva regjeringspartiene har foreslått tidligere.

Utvalget skal også vurdere om melde- og varslingsplikten for spesialisthelsetjenesten også bør omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hovedformålet bak bestemmelsene er å bedre pasient- og brukersikkerheten. Bestemmelsene gjelder imidlertid bare for spesialisthelsetjenesten, og det finnes ingen tilsvarende bestemmelser for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I utvidelsen av mandatet bes også utvalget om å vurdere om politiet bør ha egen helsefaglig kompetanse i saker hvor de etterforsker alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten.

God styring og planlegging er en forutsetning for en god helse- og omsorgstjeneste. Regjeringen vil sikre at grunnlaget for fremtidens helsetjeneste legges gjennom tydelige strategier, gjennomarbeidede planer og helhetlige oversikter, forankret i politiske beslutninger. Vi vil derfor legge til rette for at overordnede politiske beslutninger om helsetjenestens utvikling fattes av Stortinget, gjennom en operativ Nasjonal helse- og sykehusplan. Den skal legges frem for Stortinget høsten 2015.

Det er et mål at folk skal få gode helse- og omsorgstjenester i kommunene. Kommunene må i større grad kunne gi et bredere tilbud til flere grupper og med bedre kvalitet. Blant annet må tjenestene bli bedre koordinert. Regjeringen vil legge til rette for at primærhelsetjenesten utvikles for å møte dagens og fremtidens behov. Det har manglet en helhetlig politisk behandling av primærhelsetjenestens utfordringer og utviklingsbehov. Derfor vil regjeringen legge frem en stortingsmelding om primærhelsetjenesten. Målet er å skape en primærhelsetjeneste som er bedre koordinert, mer tverrfaglig, og med større vekt på innovasjon og fremtidsrettede organisasjonsmodeller. I kommunen må man være mer bevisst på ledelse, kompetanse og kunnskap. Det vil gi pasientene et bedre tilbud.

Befolkningen skal ha trygghet for at de får kompetent hjelp når de trenger det i akutte situasjoner. Olsen-utvalget, som skal utrede den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus og de frivilli-

ges rolle i akuttberedskapen, skal levere endelig rapport i desember 2015.

## 1.1 Meldingens oppbygging og innhold

Meldingens del I gir et bilde av kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, basert på Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatnings rapporter for 2013. Supplerende kilder er Nasjonalt kunnskapssenters meldeordning, sluttrapport fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, nasjonale kvalitetsindikatorer og internasjonale undersøkelser. Målet er å gi Stortinget et overordnet innblikk i hva disse kildene sier om kvalitet og pasientsikkerhet. Omtalen vektlegger det som kildene selv presenterer.

Del II gir en overordnet sammenfatning av noen sentrale hovedtrekk i del I. I denne delen vises det også til tiltak som er iverksatt for å møte noen av utfordringene som er avdekket. Det vil være gjennom de kommende stortingsmeldingene, de varslede opptrappingsplanene og Fritt behandlingsvalg at Regjeringen vil skape en helse- og omsorgstjeneste som i større grad skal sikre kvalitet og pasientsikkerhet.

Valget av kilder i denne meldingen gir ikke et utfyllende bilde av status på områdene kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Kildene er heller ikke enkelt sammenlignbare. Som nevnt tidligere, vil også enkelte av kildene i sin natur gi et ikke-representativt bilde av tjenestenes kvalitet som sådan, ettersom materialet omhandler negative forhold. De er derimot egnet til å gi et risikobilde for kvalitet og pasientsikkerhet, ved at de beskriver og belyser kjente og rapporterte utfordringer og tilfeller av svikt. Når det gjelder kvalitetsindikatorer, er det en utfordring at det materialet som er systematisert og registrerbart, ikke alltid vil fange opp i seg den kliniske hverdagen slik den oppleves av ansatte og pasienter.

I tillegg publiseres det hvert år mye relevant forskning om dette temaet. Det ligger ikke i meldingen noen helhetlig fremstilling av det faglige arbeidet som gjøres, selv om dette inngår i det helhetlige kunnskapsgrunnlaget for utvikling og arbeid på dette området.

På flere områder er det mangler i kunnskapen vi har om kvalitet, forløp og brukererfaringer i tjenestene. Ikke minst er dette tilfelle for de kommunale tjenestene. Mangel på data og kunnskap utfordrer evnen til å drive kunnskapsbasert og systematisk forbedringsarbeid. Derfor er fortsatt utvikling av registre, datainnhenting og økt forskning viktig.

Årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet må være konsistente over tid, slik at det blir mulig å vurdere utviklingen på området. Det er et viktig grunnlag for å sikre at meldingene til Stortinget får en konsistens fra år til år gjennom kildene som brukes. Det ligger verdi i regelmessigheten. Slik kan meldingene og utviklingen på feltet sees i sammenheng over tid og ivareta det som er regjeringens viktigste formål på dette området: Å skape et best mulig grunnlag for en regelmessig behandling av overordnet status og utfordringsbilde for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

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

# 2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i andre sammenlignbare land og i internasjonale organisasjoner, er en viktig kilde til kunnskap og informasjon som kan brukes som grunnlag for å videreutvikle arbeidet i Norge. Internasjonale sammenligninger vil imidlertid innebære statistisk usikkerhet. I dette kapitlet er det gitt en kort omtale av hvordan den norske helsetjenesten kommer ut i internasjonale sammenligninger i regi av Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling og Commonwealth Fund.

## 2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling

Rapporten *Health at a Glance* utgis av Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) annethvert år og dekker samtlige av organisasjonens medlemsland. Rapporten[1] inneholder informasjon om helsetilstand, helsevaner, samt helsetjenestens struktur, prosesser og resultater i OECD-landene. Hensikten med rapporten er blant annet å tilby beslutningstakere informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i et land sett opp mot tilsvarende informasjon fra andre land.

Rapporten fra november 2013 viser at Norge gjør det bedre enn OECD- gjennomsnittet på flere områder, herunder når det gjelder overlevelse etter akutt hjerteinfarkt og hjerneslag, samt kreftformene livmorhalskreft, brystkreft og kolorektalkreft. Norge er i den midtre tredelen på indikatorer knyttet til pasientsikkerhet. Figur 2.1 viser hvordan Norge er rangert på ulike kvalitetsindikatorer sammenlignet med andre OECD-land. Det benyttes en tredelt rangering: dårligste/midtre/beste tredel av OECD-landene.

[1] Det henvises til Health at a Glance - rapporten for en mer detaljert beskrivelse av resultatene, datakvalitet og sammenlignbarhet: http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf og Nasjonalt kunnskapssenters kommentarrapport: http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/_attachment/22546?_ts=1480d5891cf&download=false

## 2.2 Commonwealth Fund

The Commonwealth Fund er en amerikansk stiftelse som har som formål å fremme helsetjenestesystemer med bedre tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet. Commonwealth Fund gjennomfører årlig helsesystemundersøkelser i en rekke land. Norge deltok i 2013 for femte gang i Commonwealth Funds sammenlignende internasjonale helsetjenesteundersøkelse. I undersøkelsen vurderte den generelle voksne befolkningen hvor godt landets helsesystem fungerer. Landene som deltok var: Australia, Canada, Frankrike, Tyskland, Nederland, New Zealand, Norge, Sverige Sveits, Storbritannia og USA.

Resultatet fra 2013-undersøkelsen viste at Norge skårer bedre enn gjennomsnittet av de andre landene på følgende områder:[2]

- Kostnader som grunn til ikke å benytte seg av helsetjenesten og problemer med betaling for helsehjelp
- Hvor lett det er å få helsehjelp på kveldstid
- Tilgang til prøveresultater/pasientjournal ved legetime
- Medisinske prøver bestilt unødig
- Trygghet på håndtering av egne helseproblemer.

Norge skårer dårligere enn gjennomsnittet av de andre landene på følgende områder:

- Ventetid før man får legetime hos spesialist, før ikke-akutt/planlagt operasjon og på akuttmottak
- Fastlegers brukerorientering
- Hjelp til å koordinere behandling
- Opplevd kvalitet på mottatt legehjelp
- Informasjon og organisering ved utskrivelse fra sykehus, samt informasjon angående reseptbelagte medisiner
- Feilmedisinering eller feilbehandling samt åpenhet rundt dette.

[2] For en mer detaljert presentasjon av resultatene, vises det til rapporten Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010.

| Kvalitetsindikatorer (fra Health at A Glance 2013) | Dårligste tredel | Midtre tredel | Beste tredel |
|---|---|---|---|
| Innleggelse[1] astma | | | ☑ |
| Innleggelse KOLS | | ☑ | |
| Innleggelse diabetes | | | ☑ |
| Foreskriving av antibiotika i primærhelsetjenesten | | | ☑ |
| Volum av annenlinjes[2] antibiotika | | | ☑ |
| 30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt på sykehus | | | ☑ |
| 30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt i og utenfor sykehus | | | ☑ |
| 30 dagers dødelighet akutt slag på sykehus | | | ☑ |
| 30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus | | | ☑ |
| Postoperativ blodpropp ben/lunge | | ☑ | |
| Postoperativ sepsis | | ☑ | |
| Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon | | ☑ | |
| Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument | | ☑ | |
| Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument | | ☑ | |
| Psykisk syke: Ikke planlagt reinnleggelse på sykehus, schizofreni | | ☑ | |
| Psykisk syke: Ikke planlagt reinnleggelse på sykehus, bipolar | ☑ | | |
| Screening livmorhalskreft | | | ☑ |
| 5-års overlevelse livmorhalskreft | | | ☑ |
| Mammografiscreening | | | ☑ |
| 5-års overlevelse brystkreft | | ☑ | |
| 5-års overlevelse endetarmskreft | | ☑ | |
| Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste | ☑ | | |
| Barnevaksinasjon meslinger | | ☑ | |

**Farvekoder:**

- Primærhelsetjenester
- Akutte tjenester
- Pasientsikkerhet
- Psykisk helse
- Krefbehandling
- Smittsomme sykdommer

Figur 2.1 Kvalitet på tjenestene i Norge sammenlignet med OECD-landene.

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

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

# 3 Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999, kapitel 8. Ombudene skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Helsedirektoratet har arbeidsgiveransvaret for pasient- og brukerombudene. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig.

Da pasient- og brukerombudene som en følge av helseforetaksreformen ble overført til staten, var det en forutsetning at ombudene skulle være talerør for grupper som kan ha vanskeligheter med å ivareta egne interesser. Dette kan være pasienter som ut fra diagnose, funksjonsnivå og livssituasjon kan ha problemer med å skaffe seg informasjon om regelverk og rettigheter. Ombudet kan også drive utadrettet virksomhet overfor grupper som har behov for bistand, men som ikke selv oppsøker tjenestetilbudet.

Pasient- og brukerombudets arbeid vil kjennetegnes ved:

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

## 3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

Felles årsmelding fra pasient- og brukerombudene utarbeides hvert år. Den felles årsmeldingen skal rapportere fra den samlede virksomheten og gi ombudenes synspunkter på det de ser som vesentlige trekk ved utviklingen innenfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er etablert pasient- og brukerombud i hvert fylke, og det utarbeides fylkesvise årsmeldinger. Det legges vekt på tverrfaglig kompetanse i ombudskontorene.

I 2013 mottok landets pasient- og brukerombud 14 433 saker. Dette er en nedgang fra 2012, da 15 225 saker ble mottatt. Nedgangen skyldes i følge ombudene nye registreringsmetoder. Av sakene i 2013 omhandlet 10 287 spesialisthelsetjenesten, mens 4 146 omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester.

Den hyppigste årsak til henvendelser til pasient- og brukerombudene i 2013 var pasientskade og komplikasjon. Dernest kom saker om informasjon, medvirkning og samtykke. Ventetid, forsinkelse i behandling eller tjenesteyting og diagnoseproblematikk utgjorde de neste plassene.

Problemstillinger fordelt på spesialitet/ tilbud viser at de fleste er knyttet til fastlegen. Dernest kommer ortopedisk kirurgi, voksenpsykiatri, heldøgnsinstitusjoner og onkologi.

Når det gjelder fastlegene, er diagnoseproblematikk vanligste årsak til henvendelser til pasient-

Tabell 3.1 De hyppigste årsakene til henvendelser til pasient- og brukerombudene i 2013.

| Pasientskader og komplikasjoner | Informasjon, medvirkning og samtykke | Venting | Forsinkelse i behandling/ tjenesteyting | Diagnoseproblematikk |
|---|---|---|---|---|
| 2 702 | 1 672 | 1 163 | 925 | 920 |

Tabell 3.2 De hyppigste problemstillinger fordelt på spesialitet/tilbud

| Fastlege | Ortopedisk kirurgi | Voksenpsykiatri | Heldøgnsinstitusjon | Onkologi |
|---|---|---|---|---|
| 1 992 | 1 289 | 1 115 | 893 | 590 |

og brukerombudene, omtrent likt med pasientskader og komplikasjoner.

Ombudene viser til at forsinkelsene og ansvarsglippene mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten kan føre til at alvorlig sykdom får utvikle seg eller at pasienten får feil behandling. I forhold til sykehjem er informasjon, medvirkning og samtykke hyppigste årsak til henvendelse, fulgt av henvendelser om mangelfulle rutiner og systemsvikt.

## 3.2 Særskilte tema

På bakgrunn av sakene som ombudene har hatt til behandling i 2013, trekkes følgende tema frem som særskilt viktige:

### *Psykisk helsevern og behandling av rusavhengige*

Ombudene viser til at innenfor psykisk helsevern er utskrivning og samarbeid mellom sykehus og kommune hyppigste årsak til henvendelse, fulgt av henvendelser om medisinering. De viser videre til at i samtaler med pasienter kommer det ofte frem at de verken har kjennskap til eller har fått tilbud om individuell plan. Ombudenes erfaring er at en individuell plan som brukes etter intensjonen styrker brukermedvirkningen. Det bidrar også til et styrket samarbeid mellom de som har ansvar for å følge opp pasienten.

Når det gjelder behandling av rusavhengige, er medisinering hyppigste årsak til henvendelse til pasient- og brukerombudene, fulgt av saker om informasjon, medvirkning og samtykke. Avvisning av søknad, avslag på behandling og lang ventetid er andre hyppige problemstillinger. Ombudene mottar klager på at psykisk syke og rusavhengige tilbys et uverdig botilbud, og i mange tilfeller uten tilstrekkelig oppfølging fra helsepersonell og tjenesteytere.

### *Informasjon, medvirkning og kommunikasjon*

Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasienten og brukeren skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt informasjon om mulige bivirkninger og risiko. Så langt mulig skal tjenestene utformes i samarbeid med pasienten og brukeren, som skal kunne gi samtykke og medvirke på bakgrunn av mottatt informasjon. Ombudene viser til at i mange av deres saker fremgår det at pasienter og brukere ikke mottar tilstrekkelig informasjon, og at de derfor ikke får medvirke i tråd med loven. Ombudene fremholder at pasienter og brukere må få god nok informasjon slik at de bedre kan ivareta egen helse og at informasjonen til pasienter og brukere skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger. Helsepersonell må sikre at mottakeren forstår innholdet i – og betydningen av de opplysninger som gis. Språkvansker oppstår både ved at helsepersonell har fremmedspråklig bakgrunn og snakker og skriver dårlig norsk. Tilsvarende kan mange pasienter og brukere ha mangelfulle ferdigheter i norsk.

### *Manglende koordinering og samarbeid i spesialisthelsetjenesten*

Ombudene sier i sin årsrapport at rettighetsbrudd og manglende kontinuitet i behandlingen er gjennomgående tema i henvendelser om spesialisthelsetjenesten. Etter ombudenes oppfatning svikter koordineringen mellom tjenestene og mellom tjenestenivåene, samt kommunikasjonen mellom behandlere og dokumentasjonen av beslutninger og behandlingstiltak. Ombudene mener at behandlingen er fragmentarisk og tar unødvendig lang tid.

### *Bekymring for kapasitet og kvalitet i eldreomsorgen*

Pasient- og brukerombudene reiser spørsmål om helse- og omsorgstjenesten i kommunene er tilstrekkelig dimensjonert for å kunne møte utfordringene i eldreomsorgen. Henvendelser til ombudene viser at terskelen for å få langtids sykehjemsplass i mange kommuner er svært høy, og at avlastnings- og rehabiliteringstilbud er lite tilgjengelige. Henvendelser om sykehjem viser i følge ombudene at mange pårørende er misfornøyd med innholdet i behandling, pleie og omsorg. Pasient- og brukerombudene hadde en økning i antall henvendelser som gjaldt sykehjem fra 714 i 2012 til 893 i 2013.

Ombudene påpeker at det er et behov for ytterligere oppmerksomhet på kvaliteten i eldreomsorgen.

Ombudenes anbefalinger:

- Helse- og omsorgstjenestene til pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet må styrkes
- Pasienter må rutinemessig tilbys kopi av henvisning, epikrise og prøvesvar
- Tolk må alltid benyttes ved behov
- Koordinator må utpekes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

# 4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn 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 tilsynsinstans 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 ledelsen av helse- og omsorgstjenestene har etablert styrings- og kontrolltiltak som sikrer at hver pasient får faglig forsvarlig oppfølging. Helsetilsynet undersøker også om ledelsen arbeider systematisk for å forebygge at uheldige hendelser og kritiske feil skal skje i pasientbehandlingen.

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

- vurdering av varsler om uventede og alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3–3a
- behandling av tilsynssaker og rettighetsklager
- planlagte tilsyn som fylkesmannen gjennomfører i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
- lovpålagte tilsyn på områdene blod, celler og vev
- områdeovervåking.

## 4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering

Tilsynsmeldingen er en årlig publikasjon der Statens helsetilsyn trekker frem ulike sider ved sosiale tjenester i Nav, barnevern- og helse- og omsorgstjenester. I tillegg er årsrapporten fra Statens helsetilsyn og tilsynsrapporter fra fylkesmennene sentrale dokumenter om tilsynsaktiviteter og funn. Tilsynsmeldingen skal bidra til å formidle funn, informasjon og erfaringer fra tilsyn til befolkningen, ledere og personell i helse- og omsorgstjenesten. Den skal bidra til refleksjon og diskusjon i tjenestene om forbedringsarbeid og pasientsikkerhet.

### *Planlagt tilsyn*

De planlagte tilsynene er risikobaserte. Det vil si at det føres tilsyn der man ut ifra foreliggende kunnskap mener det er størst fare for svikt. Tilsynsfunnene er således ikke representative for tilstanden i tjenestene, men de sier noe om hva som kan svikte.

Til sammen ble det gjennomført 326 tilsyn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert det landsomfattende tilsynet med helsestasjonstjenesten. 180 av de gjennomførte tilsynene var systemrevisjoner[1]. Fylkesmennene fant lovbrudd i 189 av tilsynene i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. I 2013 gjennomførte fylkesmennene 28 systemrevisjoner med spesialisthelsetjenester. Av disse var 20 del av det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge. Det ble påvist brudd på krav i lov og forskrifter i 18 av de 20 systemrevisjonene.

I 2013 gjennomførte fylkesmennene et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten til barn mellom 0–6 år. 78 helsestasjoner i kommuner og bydeler ble undersøkt, inkludert Universitetssykehuset Nord-Norge HF/Longyearbyen sykehus. Ved kontroll av internkontrollsystemene ble det påvist 56 lovbrudd fra dette landsomfattende tilsynet. De mest sentrale funnene var:

- Svikt i gjennomføringen av undersøkelsesprogrammet til helsestasjonen. Mange kommuner gjennomførte færre kontroller enn programmet legger opp til og ofte med redusert tverrfaglig kompetanse
- Mangelfullt samarbeid om barn med spesielle behov
- Mangelfull journalføring
- Svikt i personvern
- Mangel på kvalifiserte tolketjenester
- Brukererfaringer ble ikke etterspurt
- Mangelfull styring av helsestasjonstjenesten.

[1] Systemrevisjon er en systematisk undersøkelse innenfor ett eller flere på forhånd angitte områder.

*Tilsynssaker behandlet av fylkesmennene*

Tilsynssaker er saker som er behandlet på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder og som handler om mulig svikt i tjenestene. For hele landet behandlet fylkesmennene 2 905 nye saker i 2013. Dette innebærer en økning på fem prosent fra 2012, da det kom inn 2 765 nye saker. Klagene fordeler seg ujevnt over landet.

Forsvarlig virksomhet er det temaet som oftest blir vurdert. Det dreier seg i all hovedsak om at virksomheten ikke sikrer at pasientene får god utredning, behandling og oppfølging. Deretter følger vurderinger knyttet til plikten til å føre pasientjournal.

Fylkesmennene oversender de alvorligste tilsynssakene til Statens helsetilsyn for vurdering av om det skal gis administrativ reaksjon. I 2013 behandlet Statens helsetilsyn 363 saker, mot 309 i 2012.

*Varsel om alvorlige hendelser*

Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak, har plikt til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

I 2013 mottok Statens helsetilsyn 399 varsler. 43 prosent av disse varslene var fra psykisk helsevern og 57 prosent var fra somatiske helsetjenester. Antall varsler har vært jevnt stigende siden ordningen ble innført. Statens helsetilsyn har utgitt en rapport med eksempler og erfaringer fra Undersøkelsesenhetens arbeid med varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten (§ 3–3a i spesialisthelsetjenesteloven).[2] Økning i mottatte varsler tilsier at varslingsplikten etter hvert er blitt mer kjent og blir fulgt opp av helseforetakene. Tilsynet viser til at en også ser ulikheter: Noen foretak og fagavdelinger varsler hyppigere enn andre. Det betyr trolig at de har innarbeidet en mer aktiv meldekultur og varslingspraksis enn andre tilsvarende virksomheter.

*Akuttjenestene*

Innen akuttfagene anestesi, akutt pre-hospital og intensivmedisin er konsekvensene av svikt ofte svært alvorlige. Kommunikasjonsproblemer, svikt i forbindelse med tekniske prosedyrer, for eksempel intubasjon[3], og forsinket behandling er svikt som Helsetilsynet ser i det hendelsesbaserte tilsynet.

For lang tid fra det ringer på 113 til AMK-operatør tar telefonen (aksesstid), har vært tema i det hendelsesbaserte tilsynet. Statens helsetilsyn legger til grunn et faglig normeringskrav på 10 sekunders aksesstid, samt at ingen skal vente mer enn 20 sekunder når de ringer medisinsk nødtelefon 113.

Tilsynsmyndigheten har anslått at det opprettes 3–4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmennmedisinsk virksomhet for øvrig. De siste årene har det blitt opprettet flere interkommunale ordninger. Tilsynsmyndighetene har i økende grad mottatt saker der det kan påvises systemsvikt ved slike interkommunale løsninger. Flere personellgrupper er involvert, og Statens helsetilsyn ser sårbarhet knyttet til at kommunikasjon og samhandling for øvrig svikter.

*Alvorlig infeksjon*

Fra arbeidet med varsler om alvorlige og uventede dødsfall i spesialisthelsetjenesten og fra andre tilsynssaker, har Statens helsetilsyn eksempler der antibiotikabehandling av pasienter med tegn til alvorlig infeksjon har startet for sent. Særlig unge, tidligere helt friske pasienter med alvorlig infeksjon, kan ha sparsomme symptomer lenge før det oppstår tegn til alvorlig organpåvirkning. Fra det øyeblikket respirasjonen og sirkulasjonen hos slike pasienter blir påvirket, kan situasjonen raskt bli svært alvorlig og prognosen mye dårligere. Tidlig oppstart av bredspektret intravenøs antibiotika, er avgjørende for sykdomsforløp og prognose.

*Fødselsomsorgen*

Både fra varselordningen og fra annet hendelsesbasert tilsyn får tilsynsmyndigheten innsikt i svikt i fødselsomsorgen. Manglende samhandling mellom jordmor og lege, mistanke om svikt i tolkning eller i bruk av fosterovervåking, forsinket forløsning eller for sen oppstart av behandling er aktuelle vurderingstema i mange av tilfellene.

---

[2] Statens helsetilsyn (2014): Svikt i samhandling, kommunikasjon og kompetanse i alvorlige hendelser…..kunne det skjedd hos oss?

[3] Intubasjon er en prosedyre hvor man fører et rør mellom stemmebåndene og ned i øvre del av luftrøret. Intubasjon utføres ofte i forbindelse med generell anestesi, ved hjertestans og ved andre akutte, livstruende skader og sykdommer.

*Forskrivning av vanedannende legemidler*

Ved mistanke om uforsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler viser det seg ofte at legen ikke har tilstrekkelig oversikt over den mengden som forskrives til hver enkelt pasient. I tillegg kommer at enkelte leger ikke er kjent med hensiktsmessig bruk av disse legemidlene. Dette gjelder særlig knyttet til behandlingseffekt over tid og et bevisst forhold til hvilken måte avhengighet kan utvikles på. Statens helsetilsyn viser til at ny veileder forventes å føre til en bedre praksis blant forskrivende leger.

*Klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helse- og omsorgstjenesten*

Fylkesmannen er klageinstans når en person ikke får oppfylt rettighetene i pasient- og brukerrettighetsloven og noen andre lovbestemmelser. I alt ble det fattet 3 126 vedtak i 2 983 klagesaker i 2013. I 764 vedtak (24 prosent) ble det gitt medhold til klageren ved at vedtaket i førsteinstansen ble endret, eller vedtaket ble opphevet og saken sendt tilbake for å bli behandlet på nytt.

- Det blir klaget mest på manglende refusjon av reiseutgifter til og fra behandling i spesialisthelsetjenesten (pasient- og brukerrettighetsloven § 2–6). I mange tilfeller gjelder klagene behandlingsstedets valg av transportmiddel som har gitt lang reisetid med skifte mellom flere transportmidler.
- Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er nest vanligste vurderingstema i rettighetssakene. I kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder mange av rettighetsklagene avslag på sykehjemsplass.

*Reaksjoner mot virksomheter og helsepersonell*

Statens helsetilsyn ga 259 reaksjoner i 2013, 31 rettet mot virksomheter og 228 rettet mot helsepersonell. Det ble avsluttet 141 saker uten å gi reaksjon. Det var 93 helsepersonell som mistet til sammen 98 autorisasjoner i 2012.

Misbruk av rusmiddel eller at helsepersonell innleder seksuelle forhold til pasienter er hyppigste årsak til tilbakekall av autorisasjon. I saker med faglig svikt reageres det som regel med advarsel.

Statens helsetilsyn behandlet 60 saker mot virksomheter i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ble gitt 31 reaksjoner for brudd på helse- og omsorgslovgivningen.

Statens helsetilsyn oversendte 82 klager på vedtak til Statens helsepersonellnemnd (HPN) i 2013. HPN behandlet 78 klager på Statens helsetilsyns vedtak. HPN stadfestet 70 vedtak, ett ble opphevet, syv ble omgjort. Statens helsetilsyn begjærte påtale i seks saker i 2013. Videre ble to helsepersonell anmeldt til politiet på bakgrunn av mistanke om straffbart forhold.

## 4.2 Særskilte tema

Statens helsetilsyn peker på tre områder som de mener er særlig sårbare for svikt:

- Kompetanse
- Kommunikasjon og samhandling
- Læring av uønskede hendelser.

Betydningen av god ledelse er en gjenganger i det samlede tilsynsmaterialet.

Fra varselordningen erfarer Statens helsetilsyn at tilsyn blir et særlig effektivt bidrag til læring og endring i virksomhetene når helseforetakene selv gjennomgår hendelsen og at dette skjer samtidig med den tilsynsmessige oppfølgningen. Tilsvarende viste en undersøkelse Agenda Kaupang gjorde, på oppdrag fra Statens helsetilsyn etter det fireårige tilsynet med tjenester til eldre i 2012, at de fleste kommunene oppfattet tilsyn som bevisstgjørende og at det bidro til virksomhetens forbedrings- og endringsarbeid. Innen noen fagområder er risikoen for svikt særlig høy – noe som gjenspeiler seg i saksmaterialet fra varselordningen og det hendelsesbaserte tilsynet for øvrig.

*Kontakt med pasienter og pårørende*

Når det har skjedd alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten, har Statens helsetilsyn erfart at pårørende til pasienter ofte har relevant og god informasjon om det som har skjedd – informasjon som supplerer og nyanserer den framstillingen som helsepersonell og ledere bidrar med. Pasienter og brukere har fått økt uttale- og innsynsrett i tilsynssaker. Det gir tilsynsorganene en god mulighet til å styrke arbeidet med å sikre brukermedvirkning når tilsynsaktiviteter skal utvikles, planlegges og gjennomføres.

# 5 Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har blitt påført skade etter behandling i helsetjenesten. Vilkårene som må være oppfylt for å få erstatning er nedfelt i pasientskadeloven. Ett av vilkårene er at det foreligger et ansvarsgrunnlag, og lovens hovedregel er at skaden må skyldes svikt ved ytelsen av helsehjelp.

## 5.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

Årsmeldingen gir innsyn i sentrale sider ved virksomheten. Meldingen gir en oversikt over de viktigste aktivitetene som skjedde sist år og peker på noen av de utfordringer de ser i tiden fremover.

Antall saker meldt til NPE hadde en liten nedgang fra 5 124 i 2012 til 5 026 i 2013. 3 322 av sakene var fra helseforetakene, 764 var fra primærhelsetjenesten, 479 av sakene knyttet seg til privat helsetjeneste, mens 460 saker er kategorisert som annet[1]. I 2013 fikk 1 384 pasienter medhold i sitt krav om erstatning, mens 3 362 fikk avslag. Dette gir en medholdsprosent på 29.

NPE har delt de mottatte sakene inn i 30 medisinske områder. Områdene der det ble behandlet flest saker i 2013 er ortopedi (1 479 saker), svulster og kreftsykdommer (619), odontologi (248), psykiatri/psykologi (237) og gastroenterologisk kirurgi (210). Innenfor disse fem områdene hadde odontologi høyest andel som fikk medhold (43 prosent), mens psykiatri/psykologi hadde lavest andel som fikk medhold (14 prosent). Innenfor ortopedi fikk 33 prosent medhold, 35 prosent fikk medhold innenfor svulster/kreftsykdommer og 32 prosent fikk medhold innenfor gastroenterologisk kirurgi.

NPE utbetalte erstatninger på i alt 946 millioner kroner i 2013. Dette er en økning på hele 240 millioner kroner fra 2012. NPE forklarer at økningen i hovedsak handler om at NPE har behandlet flere saker enn året før. Saksbehandlingstiden i NPE er redusert, og 300 flere pasienter fikk erstatningsoppgjør i 2013 sammenliknet med i 2012. Det er fagområdene ortopedi og svulster og kreftsykdommer som har høyest erstatningsutbetaling. Det er også disse områdene som har høyest antall pasienter med medhold, i tillegg til odontologi. Når det gjelder fagområdet føde – skade på barn, har dette området relativt få pasienter med medhold. 23 fikk medhold i 2013. Samtidig er dette det fagområdet som får 3. høyeste utbetalinger.

## 5.2 Særskilte tema

NPE er opptatt av å tilbakeføre kunnskap om sakene til helsetjenesten. NPE holdt i april 2013 sitt tredje kvalitetsseminar. Formålet var å inspirere til bruk av materialet til NPE i arbeidet med pasientsikkerhet.

NPE har lagt inn anonymiserte opplysninger i en database som ved utgangen av 2013 inneholder opplysninger om rundt 17 000 saker der NPE har konkludert med at det har skjedd en pasientskade som gir grunnlag for erstatning. NPE lanserte i 2013 en statistikkportal for helseforetakene. Personer som har e-postadresse fra et sykehus, et helseforetak eller et regionalt helseforetak har tilgang til statistikkportalen som inneholder oppdaterte tall for sykehus, helseforetak og regionalt helseforetak, samt nøkkeltall for hele landet.

Årsmeldingen for 2013 presenterer et forskningsprosjekt innen fødselshjelp basert på data fra NPE. En studie basert på 161 saker fra 1994–2008 der NPE har tilkjent erstatning, viser at 54 nyfødte døde, og 107 fikk alvorlig hjerneskade etter surstoffmangel under fødselen. Studien analyserer årsakene til at det gikk galt.[2]

NPE har innledet samarbeid med Norsk gynekologisk forening. Foreningen lyser ut et forskningsstipend knyttet til erstatningssaker innen gynekologi som har vært behandlet av NPE. Formålet med prosjektet er å se hva en kan lære av disse sakene i et kvalitets- og forebyggende perspektiv.

[1] I kategorien annet finner vi kjøp av private helsetjenester, offentlig tannhelsetjeneste, rehabiliteringssentre, fysioterapisentre, røntgeninstitutter, laboratoriesentre og Folkehelseinstituttet (inkl. saker knyttet til Pandemrix-vaksinen)

[2] Studien er publisert i fagtidsskriftet Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.

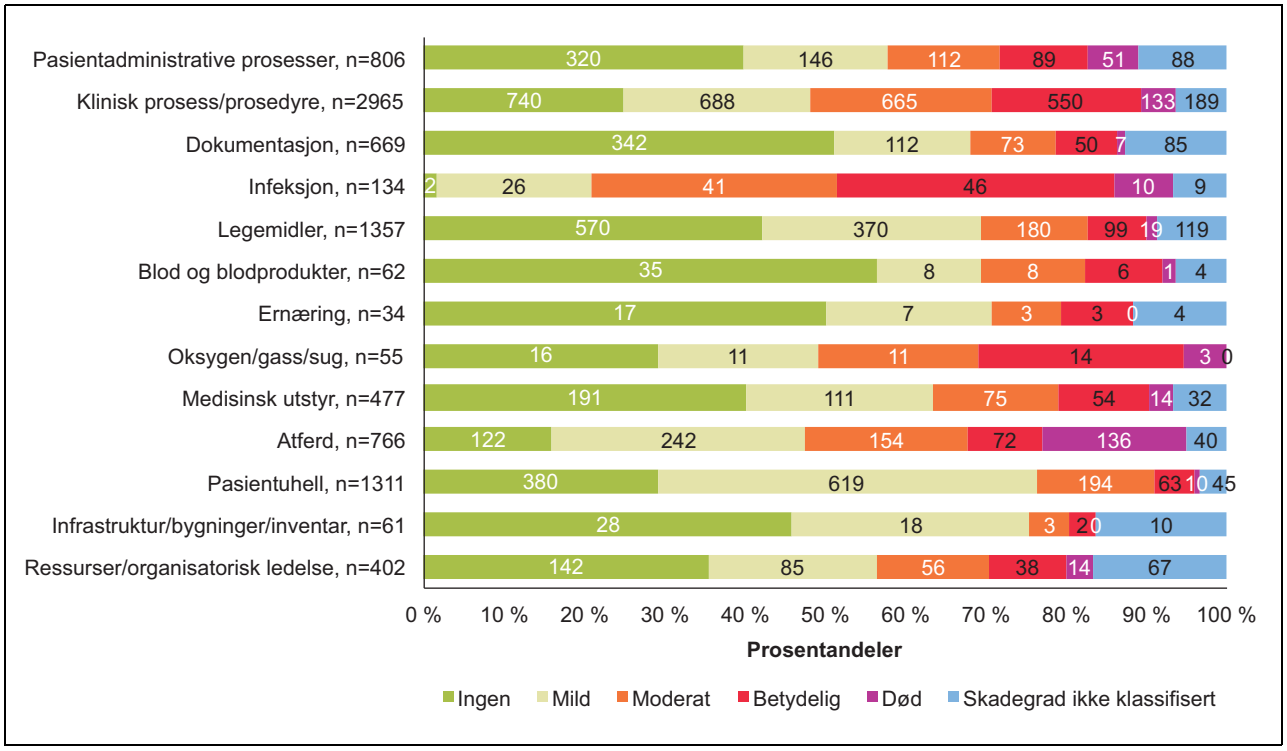
# 6 Kunnskapssenterets meldeordning

Helseinstitusjoner 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». Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Statens helsetilsyn 1. juli 2012. Hensikten med å flytte meldeordningen var å skape et system for læring og forbedring som ikke er koplet til sanksjonsmyndighet. Det var tidligere en kjent underrapportering til Statens helsetilsyn og en ønsket økning i antall meldte hendelser.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten ved å avklare årsaker til hendelser og til å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Meldeordningen kan gi tilbakemeldinger til tjenesten med råd og forslag til videre håndtering av meldte hendelser, men det er virksomheten selv som har ansvar for hvordan hendelsene følges opp.

I tillegg publiseres hastenotater og læringsnotater som distribueres vidt for at man skal kunne lære på tvers av virksomheter. Ved mistanke om alvorlig systemsvikt som utgjør stor fare for at pasienter vil bli påført betydelig skade i fremtiden, skal Meldeordningen varsle Statens helsetilsyn. Meldinger til meldeordningen kan ikke brukes i tilsyns- eller straffesak mot helsepersonell.

Figur 6.1 viser fordeling av de innmeldte hendelsene etter hendelsestyper. Summen av hendelsene i de ulike kategoriene overstiger antall hendelser totalt, fordi en hendelse i gjennomsnitt er klassifisert i 1,3 hendelsestyper. Figuren viser at hendelser relatert til kliniske prosesser/prosedyrer er hyppigst forekommende med 2 965 (32 prosent) av hendelsene. De fleste hendelsene gjaldt kliniske prosesser som ikke ble utført når det var indisert, at det ble utført feil prosedyre eller at disse ble utført feil. Uklare prosedyrer er beskrevet som bidragsytende faktor i den del av disse hendelsene. I 23 prosent av tilfellene resulterte




Figur 6.1 Alvorlighetsgrad for skade på pasient i de ulike hendelsestypene. N = 7 044.

hendelsen i betydelig skade eller død for pasienten. I 1 357, eller 19 prosent av meldingene er det registrert feil knyttet til legemidler. Tildeling av legemidler og legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens, var hyppigst forekommende. I 9 prosent av tilfellene resulterte hendelsen i betydelig skade eller død for pasienten. Den tredje hyppigste hendelsestypen var pasientuhell med 1 311 meldinger (18 prosent). 1 171 av disse hendelsene var knyttet til fall (17 prosent). Fall fra seng og fall fra toalett forekom hyppigst. I 4 prosent av tilfellene resulterte hendelsen i betydelig skade eller død for pasienten.

## 6.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

Årsrapporten for 2013 er meldeordningens første årsrapport. Meldeordningen mottok 9 540 meldinger i 2013, i gjennomsnitt 795 per måned. Dette er om lag fem ganger så mange som Statens helsetilsyn mottok. Årsmeldingen understreker at antall meldinger sier noe om institusjonens evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke nødvendigvis forekomst av uønskede hendelser, da antall meldte hendelser blant annet kan påvirkes av meldekulturen i virksomheten.

Meldeordningen klassifiserte 7 379 av meldingene som kom inn i 2013 i henhold til alvorlighetsgrad og hendelsestype. I 15 prosent av meldingene var hendelsene assosiert med betydelig personskade eller død, mens 33 prosent av hendelsene ikke førte til skade på pasient. Årsmeldingen påpeker at alle innmeldte hendelser er potensielt alvorlige og like viktige i et læringsperspektiv.

Meldeordningen har mottatt 134 meldinger om hendelser knyttet til infeksjon. Infeksjoner er et område som virksomhetene monitorer særskilt og har egne rutiner for. I tillegg meldes sykehusinfeksjoner i Norsk overvåkingssystem for anibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS). Infeksjoner kan vurderes som skade innenfor normal risiko. Ifølge veilederen for Meldeordningen skal skader innenfor normal risiko ikke meldes. Fra pasientens ståsted er en infeksjon uansett en uønsket hendelse, og i hele 41 prosent av tilfellene som ble meldt til meldeordningen resulterte hendelsen i betydelig skade eller død for pasienten.

## 6.2 Særskilte tema

Meldeordningen har publisert tre hastenotater og fire læringsnotater i 2013. Bakgrunnen for hastenotatene er at en eller flere meldte hendelser kan tyde på fare for at dette forekommer nasjonalt. Nedenfor følger tittelen på notatene.

*Hastenotater:*

- Brystimplantater kan ha magnetisk materiale
- Treveiskraner [1] resulterte i uønskede hendelser
- Mulig smitte med multiresistent Klebsiella[2] etter bronkoskopi[3].

*Læringsnotater:*

- Uønskede hendelser knyttet til medisinsk-teknisk utstyr
- Uønskede hendelser ved tromboseprofylakse[4] eller antikoagulasjonsbehandling[5]
- Uønskede hendelser knyttet til vikarbruk i spesialisthelsetjenesten
- Forveksling av legemidler.

Meldeordningen vil prioritere å styrke den faglige tilbakemeldingen basert på analyser av de innkomne meldingene og regelmessig publisere læringsnotater. I tillegg vektlegges tilbakemelding på enkelthendelser. Et område de vil følge nøye med på fremover er klokkeslett for hendelsen. En stor andel av hendelsene i 2013 ble rapportert å ha skjedd mellom kl. 21 og 23. Klokkeslettet var imidlertid bare opplyst i 30 prosent av meldingene, så tallene for 2013 må vurderes med forsiktighet.

---

1 Treveiskraner er koplinger som brukes når man for eksempel gir intravenøs væske eller medisiner inn i blodårer.

2 Klebsiella er en vanlig bakterie, blant annet i tarm. Når den er multiresistent betyr det at mange typer antibiotika ikke virker.

3 Bronkoskopi er å se ned i luftveiene med et skop eller en «kikkert».

4 Tromboseprofylakse betyr å forebygge blodpropp.

5 Antikoagulasjonsbehandling kalles også blodfortynnende behandling.

# 7 Nasjonal pasientsikkerhetskampanje «I trygge hender»

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble initiert og gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2011–2013. Den ble organisert med en bredt sammensatt styringsgruppe på toppledernivå, ledet av Helsedirektoratet og med sekretariat i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Omtalen nedenfor er hentet fra sluttrapporten for kampanjen.[1] Kampanjen ble i 2014 videreført i nasjonalt program for pasientsikkerhet (2014–2018).[2]

## 7.1 Om pasientsikkerhetskampanjen

Kampanjens målsetting var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten. Dette skulle oppnås ved hjelp av målrettede tiltak på prioriterte områder. Kampanjens overordnede mål for spesialisthelsetjenesten var at skader som kunne forebygges, skulle reduseres med 20 prosent. For kommunal helse- og omsorgstjeneste var det et mål at 25 prosent av kommunene skulle ha kommet i gang med relevante tiltak innen utgangen av 2013.

Kampanjen arbeidet med styrking av kompetanse i forbedringsarbeid hos helsepersonell og ledere, samt implementering av tiltak som ville redusere skader og bedre pasientsikkerheten på utvalgte innsatsområder. Til sammen 11 innsatsområder ble valgt basert på kunnskap om hva som forårsaker flest pasientskader.

For alle innsatsområdene ble det utviklet tiltakspakker som bestod av de viktigste kunnskapsbaserte tiltakene for å oppnå forbedring. I tillegg ble ledelse prioritert som et tolvte innsatsområde.

For å kunne dokumentere utviklingen på lokalt nivå, ble det utviklet prosess- og/eller resultatmålinger for alle innsatsområdene. I spesialisthelsetjenesten kartla man pasientskader med metoden GTT[3], og det ble etablert og gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse.

**Boks 7.1 Innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen**

- Trygg kirurgi med oppmerksomhet på postoperative sårinfeksjoner
- Samstemming av legemiddellister
- Riktig legemiddelbruk i sykehjem
- Samstemming av legemiddellister og riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten
- Behandling ved hjerneslag
- Forebygging av selvmord i døgnpsykiatriske avdelinger
- Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon
- Forebygging av infeksjon ved sentralt venekateter
- Forebygging av trykksår
- Forebygging av fall i helseinstitusjoner
- Forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med kateterbruk
- Ledelse av pasientsikkerhet.

## 7.2 Resultater

Helseforetakene har gjennomført egne GTT-målinger i perioden 2010–2013, og sykehusenes lokale GTT-tall har årlig blitt aggregert på nasjonalt nivå. Med utgangspunkt i de nasjonale tallene er det for 2010 og 2011 estimert at 16 prosent av pasientene fikk minst en pasientskade som medførte behov for tiltak, forlenget sykehusopphold eller alvorligere

[1] http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/I+trygge+hender/L%C3%A6r+om+programmet/_attachment/2925?_ts=146d6eb36d2.

[2] Pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7. Strategi 2014-2018. www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

[3] Global Trigger Tool (GTT) er en standardisert prosedyre for å kartlegge pasientskader ved å analysere pasientjournaler etter definerte triggere. Hensikten med undersøkelsene er at ledere i helseforetakene skal kunne følge forekomst av pasientskader i egen virksomhet over tid. Metoden er ikke egnet til å sammenligne helseforetak. Resultatene fra de ulike helseforetakene aggregeres årlig til nasjonale tall, for å følge utvikling over tid på nasjonalt nivå.

konsekvenser, mens 9 prosent av pasientene fikk skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. For 2012 er tallene henholdsvis 14 og 8 prosent, og for 2013 henholdsvis 13 og 8 prosent.

Kampanjens mål var at skader som kunne forebygges skulle reduseres med 20 prosent. Under forutsetning av at halvparten av skadene som identifiseres ved GTT kunne vært forebygget, er ifølge undersøkelsen skader som kan forebygges i alle alvorlighetsgrader, redusert med 38 prosent fra 2010 til 2013. Når det gjelder mer alvorlige skader som kan forebygges, er reduksjonen på 22 prosent fra 2010 til 2013. Sluttrapporten påpeker at selv om nedgangen har inntruffet parallelt med pasientsikkerhetskampanjen, kan en ikke med sikkerhet vite at kampanjen har bidratt til nedgangen. Det er også for tidlig å konkludere at endringer representerer en varig nedgang i antall pasientskader på landsbasis.

Helseforetakene rapporterte ved kampanjens slutt at de er i gang med alle relevante innsatsområder. Det gjenstår likevel arbeid for å sikre full spredning av innsatsområdene til alle relevante enheter i helseforetakene.

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten hadde totalt 38 prosent av kommunene ved utgangen av 2013 implementert ett eller flere relevante innsatsområder ved ett eller flere av sine sykehjem og hjemmetjenester.

I kampanjeperioden ble det etablert en pasientsikkerhetskulturundersøkelse i spesialisthelsetjenesten. Den ble gjennomført for første gang i 2012. Målet var at 70 prosent av alle medarbeidere skulle besvare undersøkelsen og at alle helseforetak skulle iverksette forbedringstiltak på bakgrunn av resultatene av undersøkelsen. I 2012 nådde to tredjedeler av alle landets helseforetak målsettingen om 70 prosent deltakelse. Undersøkelsen gjentas i 2014, og det er en intensjon at den skal gjentas hvert annet år de neste fem årene.

Brukermedvirkning har stått sentralt i kampanjens arbeid. Brukere har vært representert i kampanjens styringsgruppe, fagråd og ekspertgrupper. I samarbeid med brukerrepresentanter har kampanjen utarbeidet og iverksatt målrettede tiltak for å øke brukermedvirkningen i pasientsikkerhetsarbeidet.

### 7.2.1 Noen resultater fra innsatsområdene

For hvert innsatsområde ble det utviklet tiltakspakker med prosess- og/eller resultatmålinger. I sluttrapporten presenteres ikke nasjonale resultater på hvert av innsatsområdene, da nasjonale resultater fordrer at alle relevante tiltakspakker er tatt i bruk i hele tjenesten. Kampanjen har imidlertid en database med resultater fra de deltakende instansene.

I sluttrapporten presenteres flere eksempler for å vise at det er mulig å få til forbedringsarbeid og forbedringer som kommer pasientene til gode. For eksempel har så godt som alle kirurgiske enheter implementert sjekklisten for trygg kirurgi. I Helse Bergen og Helse Førde ga bruk av sjekklisten under operasjon en nedgang på 42 prosent i snitt for alle typer komplikasjoner.[4] Tiltak for riktig legemiddelbruk i sykehjem er det tiltaket som har hatt størst spredning i kommunene. Tiltaket har ført til at en langt større andel av brukerne ved de deltakende sykehjemmene har fått jevnlig legemiddelgjennomgang og økt andel legemidler med indikasjon oppført bak forskrivning. Det finnes eksempler på beboere på sykehjem som har blitt utskrevet til hjemmet etter gjennomgang av medisinlisten med etterfølgende justering av medisinbruk. Kampanjen hadde flere tiltak for å forebygge infeksjoner. Kampanjen målte primært om tiltakspakkene ble gjennomført (prosessindikator). Nasjonalt folkehelseinstitutt kartlegger to ganger i året forekomst av urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner og blodbaneinfeksjoner. I 2013 viste målingene i regi av Folkehelseinstituttet laveste forekomst av infeksjoner målt noen gang siden målingene startet i 2004. Selv om nedgangen har inntruffet parallelt med pasientsikkerhetskampanjen, kan en ikke vite i hvilken grad kampanjen har bidratt til nedgangen.

Sluttrapporten har også eksempler på enheter som har økt antall dager mellom hvert nyoppdagede trykksår fra 3 til 9 dager, og antall dager mellom hvert fall fra en dag til 7,5 dager.

Kampanjen har utarbeidet tiltakspakker for forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger og forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon. Arbeidet med å implementere disse tiltakspakkene kom i gang mot slutten av kampanjeperioden og følges opp ved å måle om tiltakspakken etterleves.

---

[4] Haugen, Arvid Steinar MSc, et al.(2014): «Effect of the World Health Organization Checklist on Patient Outcomes: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial.» Annals of Surgery.

# 8 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet gjennom gyldig og pålitelig informasjon om det norske helsesystemets kvalitet og prestasjoner, både når det gjelder status og langsiktige trender. Fra januar 2012 fikk Helsedirektoratet lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når pasientrapporterte effektmål og resultat av pasient- og brukererfaringsundersøkelser er innlemmet som nasjonal kvalitetsindikator, gir det et mer fullstendig bilde av kvaliteten i tjenestene. I dette kapitlet oppsummeres resultater ved de nasjonale kvalitetsindikatorene, herunder resultater fra gjennomførte brukererfaringsundersøkelser.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten, basert på forslag fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Rammeverket beskriver målgruppene og formålet til de ulike målgruppene, styringsmodell, krav til indikatorene og metode for å utvikle, publisere og revidere nasjonale kvalitetsindikatorer. Bruk av kvalitetsindikatorer har flere formål. De kan fungere som støtte til intern kvalitetsforbedring, til virksomhetsstyring og helsepolitisk styring, og de kan benyttes av pasienter og brukere for å sammenligne tjenestenes standard ved valg av tjenesteyter eller tjenestested, og de kan bidra til åpenhet om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Målgrupper for nasjonale kvalitetsindikatorer er:
- Helsepersonell/ledere i helsetjenesten på lokale nivåer
- Allmennheten, pasienter og pårørende
- Det politiske nivået, helseforvaltningen og ledere på overordnet nivå i helsetjenesten
- Forskere innen ulike områder: klinisk forskning, helsetjenesteforskning, implementeringsforskning, folkehelseforskning, helseøkonomi og helseledelse
- Studenter og undervisere.

Rammeverket for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem beskiver metode og prosess for å publisere, utvikle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer og bygger på kvalitetsstrategien … *Og bedre skal det bli*[1] som beskriver seks dimensjoner ved en helsetjeneste av god kvalitet:
- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelig og rettferdig fordelt.

Kravene til kvalitetsindikatorene som utvikles, skal understøtte alle målgrupper og målgruppenes formål. Man skiller mellom tre typer kvalitetsindikatorer:
- *Strukturindikatorer* gir informasjon om rammer og ressurser, kompetanse og tilgjengelig utstyr.
- *Prosessindikatorer* gir informasjon om aktivitet i pasientforløpet, for eksempel diagnostikk og behandling.
- *Resultatindikatorer* gir informasjon om hva tjenestene oppnår med hensyn til overlevelse, helsegevinst, tilfredshet mv.

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer økte fra 14 indikatorer i 2010 til 54 indikatorer i 2013. Indikatorene publiseres fra 2013 på nettsiden *helsenorge.no*. Nasjonale kvalitetsindikatorer er etablert innen somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og rus og pleie og omsorg. Fra 2013 er også generiske indikatorer for alle fagområder innen spesialisthelsetjenesten (pasientrettigheter, ventetid og fristbrudd) og indikatorer innen pleie og omsorg inkludert.

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Formålet er å gi mer oppmerksomhet om kvalitet og innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse og forbedringspo-

[1] Sosial- og helsedirektoratet, Veileder IS-1162 (2005): …Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

eng på de nasjonale kvalitetsindikatorene. Forsøksordningen skal evalueres etter tre år. Det vises til Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag for 2015 for nærmere omtale.[2]

## 8.1 Resultater

I det følgende presenteres overordnede resultater ved nasjonale kvalitetsindikatorer for 2013. Deretter presenteres resultater fra enkeltindikatorer i sammenheng med de seks dimensjoner ved en helsetjeneste av god kvalitet; at de er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelig og rettferdig fordelt. Noen av indikatorene kan speile flere dimensjoner ved kvalitet. De fleste indikatorene publiseres tertialvis. Enkelte indikatorer publiseres årlig og presenterer derfor data fra 2012.

Helsedirektoratet finner på overordnet nivå, en positiv utvikling for flertallet av indikatorene. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem viser ingen systematiske regionale forskjeller, men følgende forskjeller i spesialisthelsetjenesten er verdt å merke seg, alle kvalitetsindikatorer sett under ett:

- Helse Vest skiller seg noe ut ved resultatene for 2013 med flest indikatorer med best resultat, og samtidig en positiv eller stabil utvikling på de fleste indikatorene.
- Dersom man ser bort fra indikatorene for epikrisetid, der Helse Midt-Norge har tekniske utfordringer ved rapportering av data til NPR, er de tre gjenstående regionene nokså like når det gjelder antall indikatorer med best og dårligst resultat i 2013.
- Helse Nord har en positiv utvikling på flertallet av de nasjonale kvalitetsindikatorene i 2013.

Forskjellene mellom indikatorene er noe større dersom man skiller på somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern og rus:

- Helse Vest skiller seg positivt ut innen begge områder, med færrest indikatorer med dårligst resultat.
- Helse Midt Norge skiller seg ut med flest indikatorer med dårligst resultat innen psykisk helse og rus.
- Helse Sør-Øst skiller seg ut med flest indikatorer med dårligst resultat innen somatisk helsetjeneste.

Helsedirektoratet tar initiativ til dialog med fagmiljø der resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer ikke oppnås over tid. Et eksempel på dette er andel pasienter som får startet behandling for kreft innen 20 dager. Her utarbeider nå Helsedirektoratet definerte pakkeforløp for ulike krefttyper for implementering i løpet av 2015. Implementering av disse vil erstatte dagens nasjonale retningslinjer og prioriteringsveiledere og vil bety en revisjon av nasjonale kvalitetsindikatorer på feltet.

### 8.1.1 Virkningsfulle tjenester

Tjenestene som utøves skal i størst mulig grad kunne vise til ønsket effekt om forbedret helse, livskvalitet og/eller funksjon. At en tjeneste er virkningsfull er derfor en viktig dimensjon ved måling om hvorvidt en tjeneste er av god kvalitet.

#### *8.1.1.1 30 dagers overlevelse etter sykehusopphold*

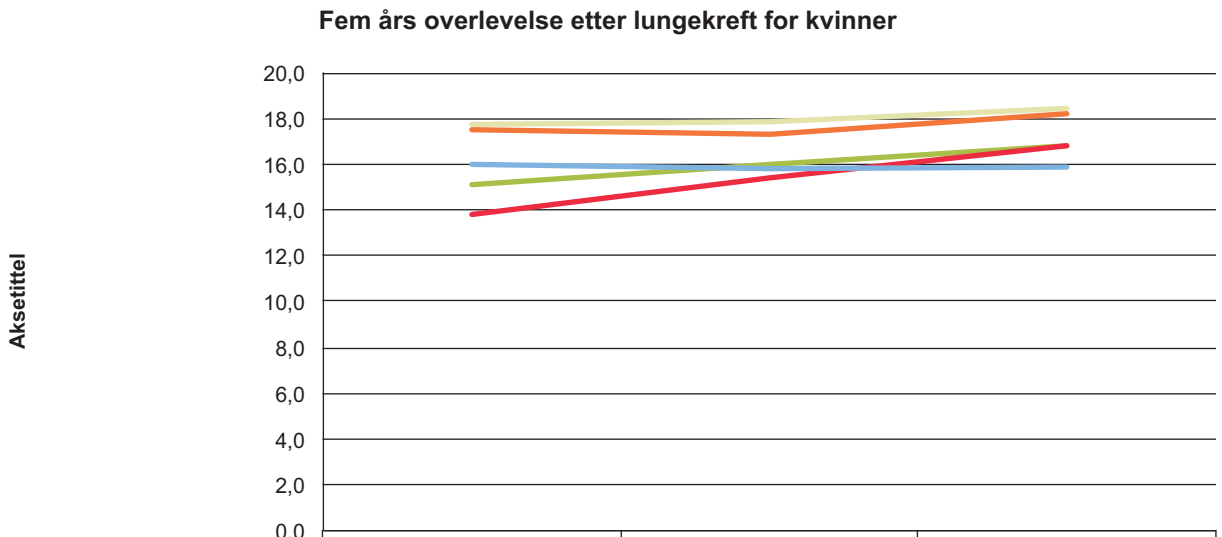
Overlevelse etter sykehusopphold ligger stabilt høyt fra 2011 til og med 2012. Tallene for 2012 ble publisert i november 2013. På landsbasis er overlevelse etter sykehusopphold uansett årsak[3] på 94,7 prosent. Det er ikke målt signifikante forskjeller i overlevelse mellom årene 2011 til 2013.

#### *8.1.1.2 Fem års overlevelse etter kreft*

Publiserte tall i 2013 for fem års overlevelse etter diagnose for kreft er relativt stabile med tidligere målinger, men varierende mellom krefttyper. Overlevelse etter brystkreft og prostatakreft er høyest med henholdsvis 88,8 og 89,5 prosent etter fem år. Forskjellene mellom helseregionene er veldig små, og det kan ikke sies å være signifikante forskjeller i overlevelse. Størst variasjon mellom helseregionene er det for overlevelse etter endetarms- og tykktarmskreft med eksempelvis variasjon mellom 73,9 prosent overlevelse blant kvinner i Helse Nord og 66,2 prosent overlevelse blant kvinner i Helse Sør-Øst etter diagnose for endetarmskreft. Lavest overlevelse etter kreftdiagnose er det for pasienter diagnostisert med lungekreft, med overlevelse på 16,8 prosent for kvinner og 12,1 prosent for menn på landsbasis. Overlevelse etter lungekreft er derimot den krefttypen der overlevelse øker mest gjennom perioden.

[2] Helse- og omsorgsdepartementet: Prop. 1 S (2014-2015), kap. 732, post 71 Kvalitetsbasert finansiering.

[3] Uansett årsak utgjør 80 prosent av alle pasienter som kommer til sykehus.




| | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|
| Hele landet | 15,1 | 16,0 | 16,8 |
| Helse Midt-Norge RHF | 17,7 | 17,9 | 18,4 |
| Helse Nord RHF | 17,5 | 17,3 | 18,2 |
| Helse Sør-Øst RHF | 13,8 | 15,4 | 16,8 |
| Helse Vest RHF | 16,0 | 15,8 | 15,9 |

Figur 8.1 Fem års overlevelse etter lungekreft for kvinner[1]

[1] Siste oppdaterte data er fra tre års perioden 2009 – 2011.

### 8.1.2 Trygge og sikre tjenester

Enhver helsetjeneste som tilbys innebærer også risiko. Det er helsetjenestens oppgave å unngå og å forebygge skader som følge av helsehjelp. Dette kan for eksempel være gjennom initiativ for å øke bevissthet rundt hygiene og infeksjon, nye teknikker for å unngå skader som fødselsrifter, og god informasjonsflyt av kritisk informasjon om behandling som er gitt. Trygge og sikre tjenester betyr også i hvilken grad praksis utføres etter nasjonale retningslinjer og definert «beste praksis» på grunnlag av forskning.

#### *8.1.2.1 Sykehusinfeksjoner*

Målinger for 2013 viser lavest andel sykehusinfeksjoner siden målingene startet i 1999. Det er publisert tall fra og med 2011 som nasjonal kvalitetsindikator på nettsiden *helsenorge.no*. Andel sykehusinfeksjoner var i mai og november 2013 målt til henholdsvis 4,8 prosent og 5,1 prosent.

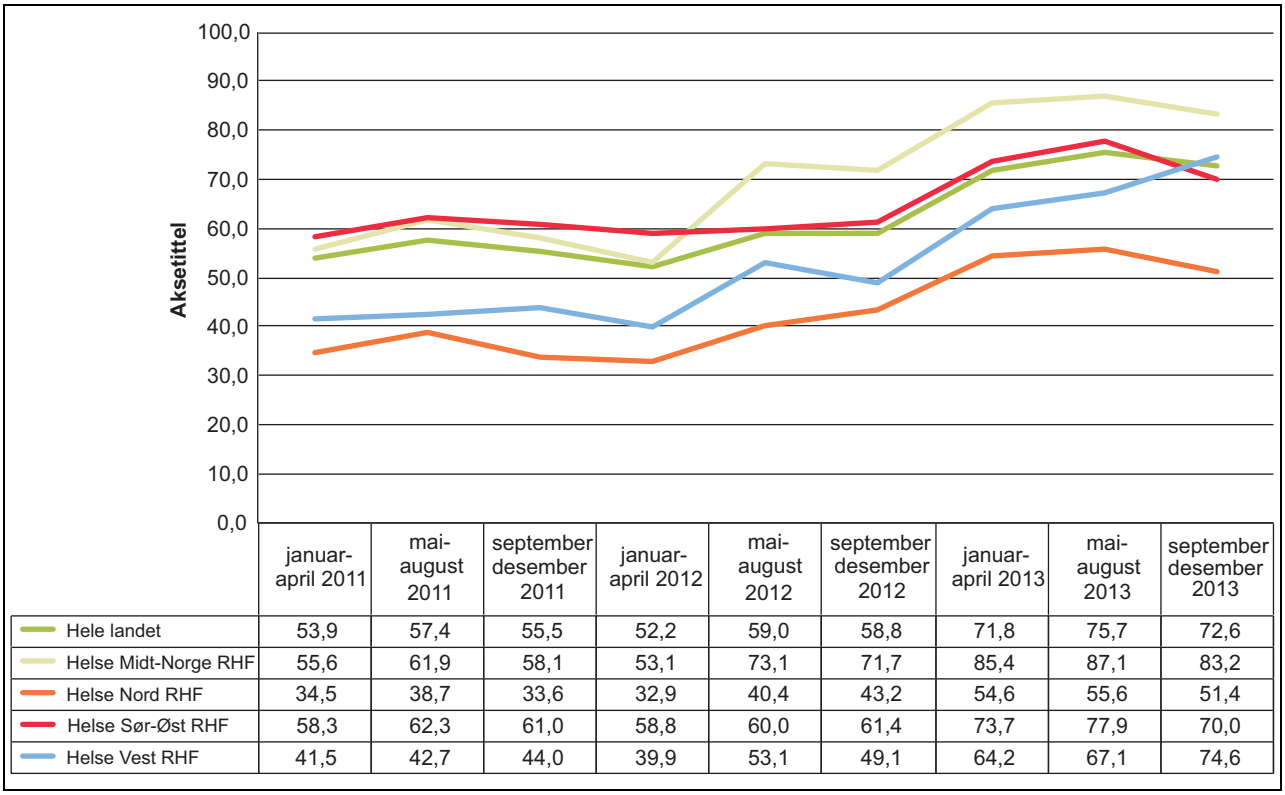
#### *8.1.2.2 Epikriser sendt innen 7 dager*

Informasjon om egen behandling og avsluttet helsehjelp kan være kritisk viktig informasjon for pasienten og videre tjenesteutøvere for å kunne ivareta en trygg og sikker tjeneste. Andel epikriser sendt innen 7 dager måles nå for somatisk helsetjeneste, psykisk helse for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For alle disse fagområdene er det rapportert en positiv utvikling ved andel epikriser sendt innen 7 dager. Her kan man spesielt trekke frem andel epikriser sendt innen 7 dager ved tverrfaglig spesialisert rusbehandling som viser en svært positiv utvikling fra 2011 til 2013.

#### *8.1.2.3 Fødselsrifter*

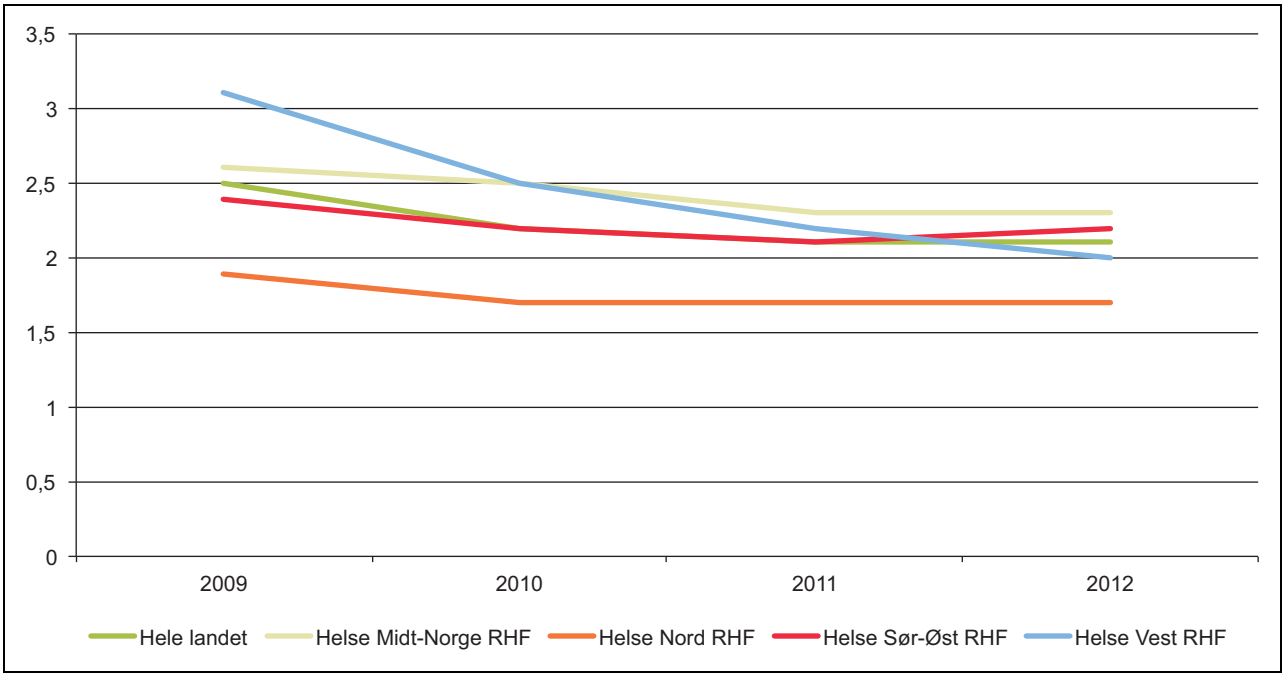
Den norske helsetjenesten kan generelt vise til svært lav andel fødselsrifter ved vaginale fødsler. Tallene for 2012, publisert november 2013, er stabile med andel fødselsrifter foregående år og noe nedgang fra tall for 2009[4].

[4] Siste oppdaterte data er fra 2012. Neste oppdaterte data fra medisinsk fødselsregister kommer i desember 2014, og da med oppdaterte data for 2013.




| | januar-april 2011 | mai-august 2011 | september desember 2011 | januar-april 2012 | mai-august 2012 | september desember 2012 | januar-april 2013 | mai-august 2013 | september desember 2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hele landet | 53,9 | 57,4 | 55,5 | 52,2 | 59,0 | 58,8 | 71,8 | 75,7 | 72,6 |
| Helse Midt-Norge RHF | 55,6 | 61,9 | 58,1 | 53,1 | 73,1 | 71,7 | 85,4 | 87,1 | 83,2 |
| Helse Nord RHF | 34,5 | 38,7 | 33,6 | 32,9 | 40,4 | 43,2 | 54,6 | 55,6 | 51,4 |
| Helse Sør-Øst RHF | 58,3 | 62,3 | 61,0 | 58,8 | 60,0 | 61,4 | 73,7 | 77,9 | 70,0 |
| Helse Vest RHF | 41,5 | 42,7 | 44,0 | 39,9 | 53,1 | 49,1 | 64,2 | 67,1 | 74,6 |

Figur 8.2 Andel epikriser sendt innen 7 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling




Figur 8.3 Andel fødselsrifter (grad 3 og 4) ved vaginal fødsel

#### *8.1.2.4 Amputasjoner blant diabetespasienter*

Andel per 1000 diabetespasienter som må gjennomgå amputasjon er svært lav i Norge og stabil gjennom perioden 2011 til 2013.

### 8.1.3 Involverer brukere

Pasientens mulighet til å ta egne valg og deres vurdering av opplevd kvalitet har økende betydning for det som defineres som kvaliteten ved helsetjenesten.

#### 8.1.3.1 Pasienterfaringer ved somatisk sykehus

Pasienterfaringer publisert i 2013 for 2012 viser at opplevd kvalitet er høyest når det gjelder pasientsikkerhet, pleiepersonale og ivaretakelse av pårørende ved somatiske sykehus.[5] Størst forbedring fra foregående pasienterfaringsundersøkelse gjelder pleiepersonalet og legene.

Pasientene gir lavest score for indeksene som omhandler utskrivning, samhandling og ventetid for elektive pasienter. Score for opplevelse av utskrivningen i 2012 viser også en nedgang fra undersøkelsen for 2011. Se tabell 8.1.

#### 8.1.3.2 Brukererfaringer med fødsel og barselomsorg

Brukerne har generelt en positiv opplevelse av fødsels- og barselomsorgen i Norge. Fødeavdelingen får høyest score samlet, og indeks for rammer og organisering av tjenesten har størst påvirkning på den totale tilfredsheten. Generelt er det de mindre fødestuene som får best resultat når det gjelder opplevelse av tjenesten.

#### 8.1.3.3 Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no

Andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no er en indikator som viser hvorvidt behandlingsstedene tilgjengeliggjør informasjon om forventede ventetider og dermed tilrettelegger for at pasienten skal kunne ta egne valg. Resultatene for 2013 viser et forbedringspotensial ved andel oppdaterte ventetider for alle områder, med stabilt resultat eller nedgang på landsbasis. Helse Sør-Øst skiller seg noe ut med lav andel oppdaterte ventetider for alle områder. Nedgang i andel oppdaterte ventetider er størst ved psykisk helse for barn og unge, se figur 8.4.

Tabell 8.1 Pasienterfaringer ved somatisk sykehus.

| Indeks | 2011 | 2012 | % endring |
|---|---|---|---|
| Pleiepersonalet | 73,7 | 75,3 | 2,2 |
| Informasjon | 69,6 | 69,8 | 0,3 |
| Legene | 72,2 | 73,9 | 2,4 |
| Pårørende | 76,1 | 75,4 | -0,9 |
| Organisering | 65,1 | 65,2 | 0,2 |
| Standard | 71,5 | 70,8 | -1,0 |
| Utskrivning | 57 | 56,2 | -1,4 |
| Samhandling | 62,1 | 62,8 | 1,1 |
| Pasientsikkerhet | 89,6 | 89,7 | 0,1 |
| Ventetid for elektive pasienter | 63,4 | 63,5 | 0,2 |

### 8.1.4 Samordnet og preget av kontinuitet

Et helhetlig pasientforløp er en forutsetning for god kvalitet i en helsetjeneste som er stadig mer funksjonsfordelt og spesialisert. Skal pasienter oppleve et helhetlig tilbud om behandling og ivaretakelse av egen helse, må de ulike aktørene kunne samarbeide og arbeide mot et pasientforløp i tråd med definerte pasientrettigheter.

#### 8.1.4.1 Re-innleggelse

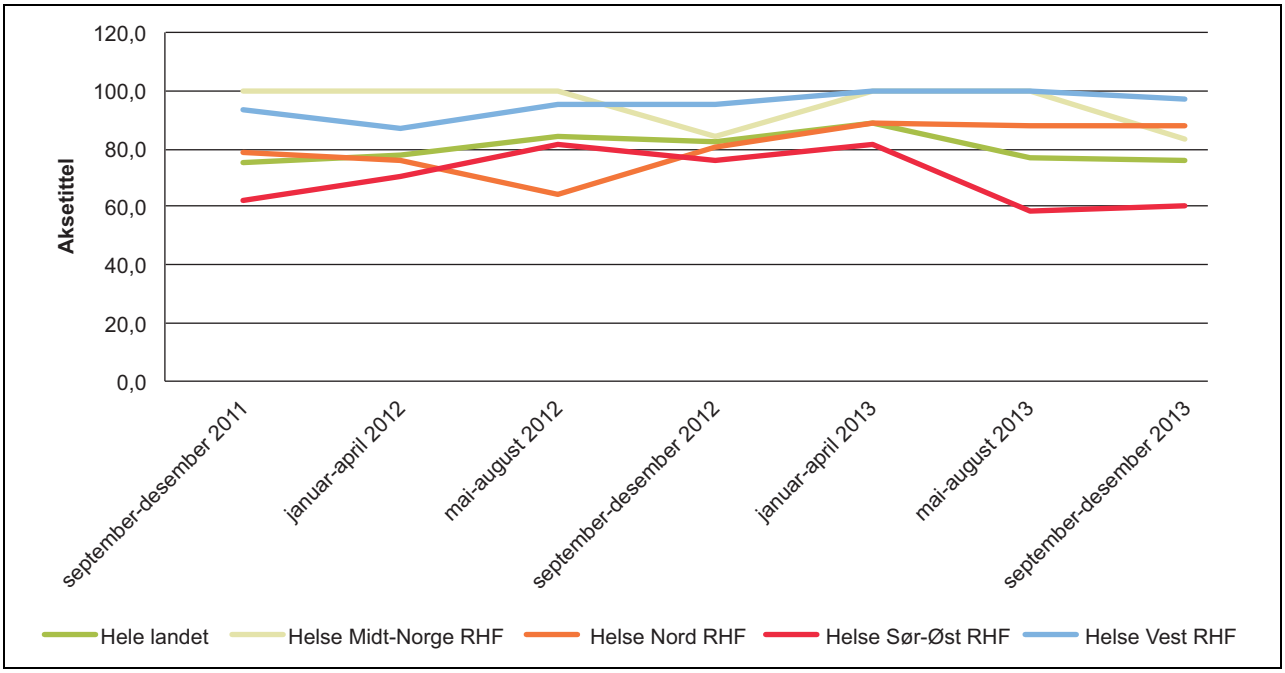
Lav sannsynlighet for akutt re-innleggelse av eldre pasienter (67 år og over) etter helsehjelp ved somatiske sykehus er et mål ikke bare for spesialisthelsetjenesten, men også for primærhelsetjenesten som tar i mot pasienten etter utskrivning. Noen re-innleggelser[6] er helt nødvendige og uunngåelige, spesielt blant eldre pasienter. Resultatene for 2012 viser lite variasjon mellom helseregionene når det gjelder sannsynlighet for re-innleggelse. Det vises til figur 8.5.

#### 8.1.4.2 Fristbrudd

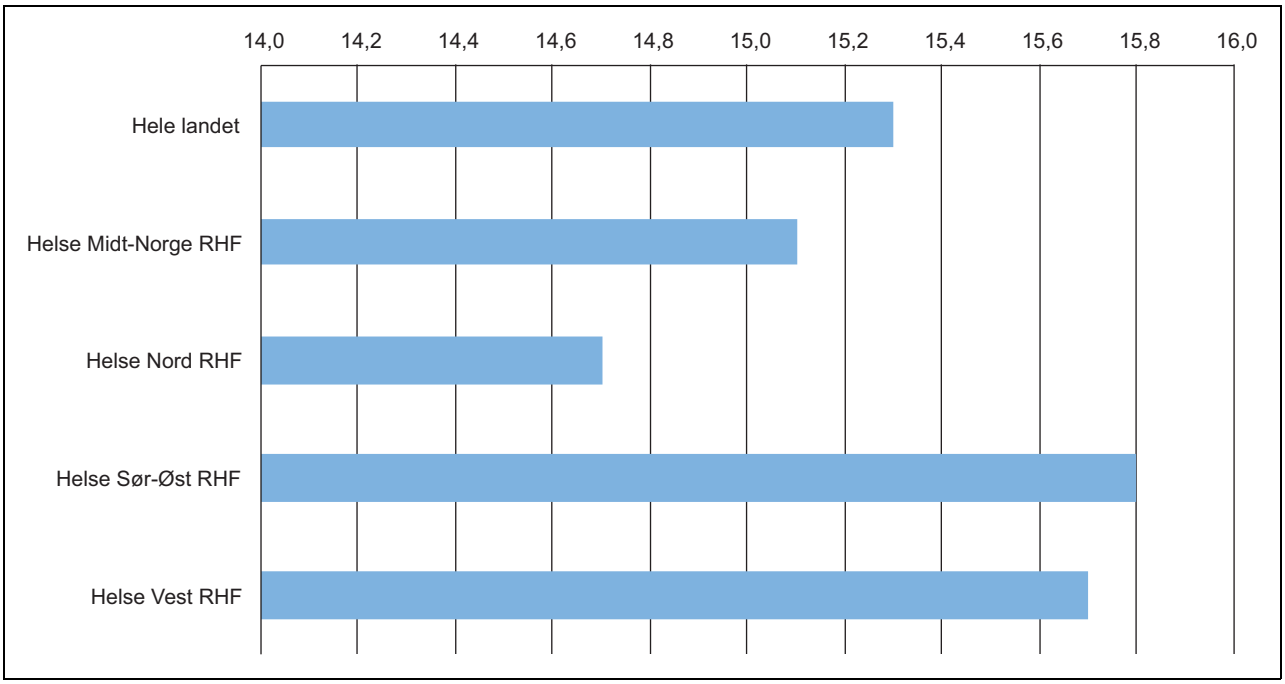
Andel fristbrudd for start av behandling og brudd på vurderingsgarantien måles for alle tjenesteområder. Disse kvalitetsindikatorene viser en positiv utvikling i perioden 2011 til 2013. I tillegg er variasjonene mellom regionene blitt betydelig mindre. Somatisk helse har lavest andel brudd på vurderingsgarantien, og har vært stabil i perioden 2011 til 2013, mens alle områder opplever en positiv utvikling av andel fristbrudd ved start av behandling fra 2011 til 2013. Helse Nord skiller seg markant positivt ut med kraftig nedgang i andel fristbrudd innen psykisk helsevern for voksne ved start av behandling i samme periode. Se figur 8.6.

[5] Disse undersøkelsene gjelder erfaringer med døgnopphold, ikke dag og poliklinikk.

[6] Det er kun reinnleggelser i form av øyeblikkelig hjelp som inngår i indikatoren.




Figur 8.4 Andel oppdaterte ventetider for behandlingssteder innen psykisk helse for barn og unge



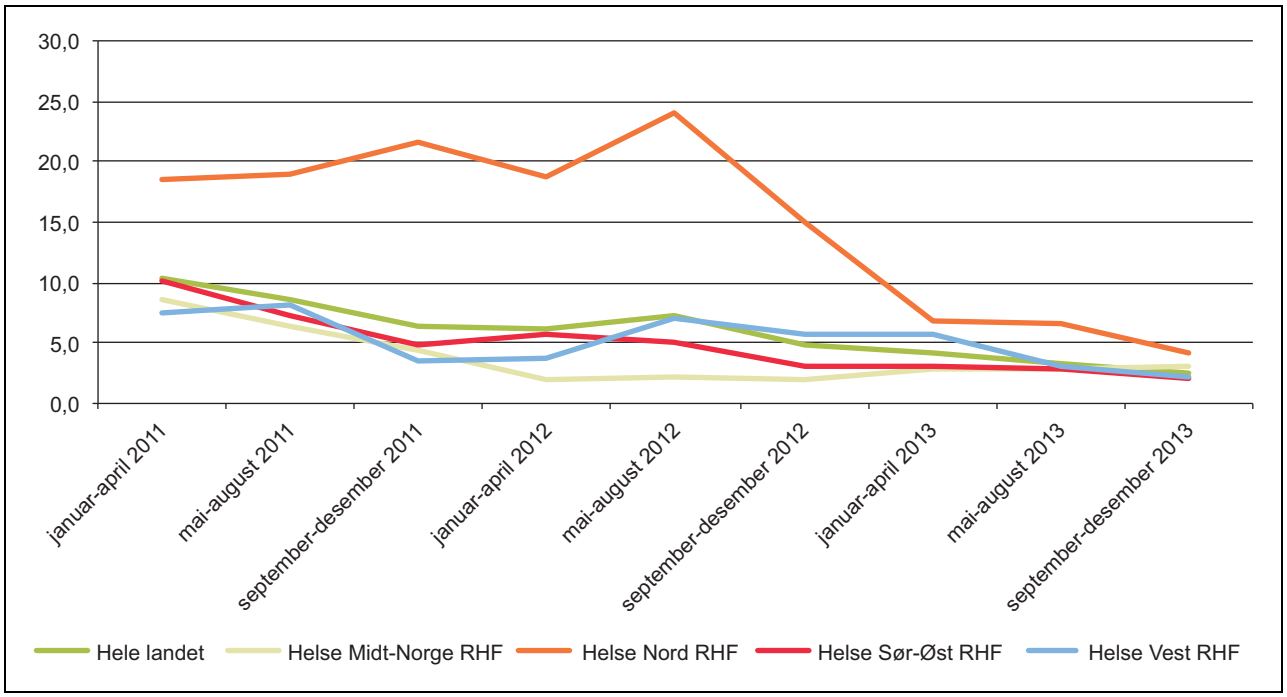

Figur 8.5 Sannsynlighet for re-innleggelse av eldre pasienter (67 år og over) etter utskrivning fra sykehus, resultater for 2012.

### 8.1.5 Utnytter ressurser

En viktig del av det å utnytte ressurser er å forebygge at pasienter og brukere må ytes tjenester som kunne vært unngått.

#### *8.1.5.1 Andel akutte keisersnitt*

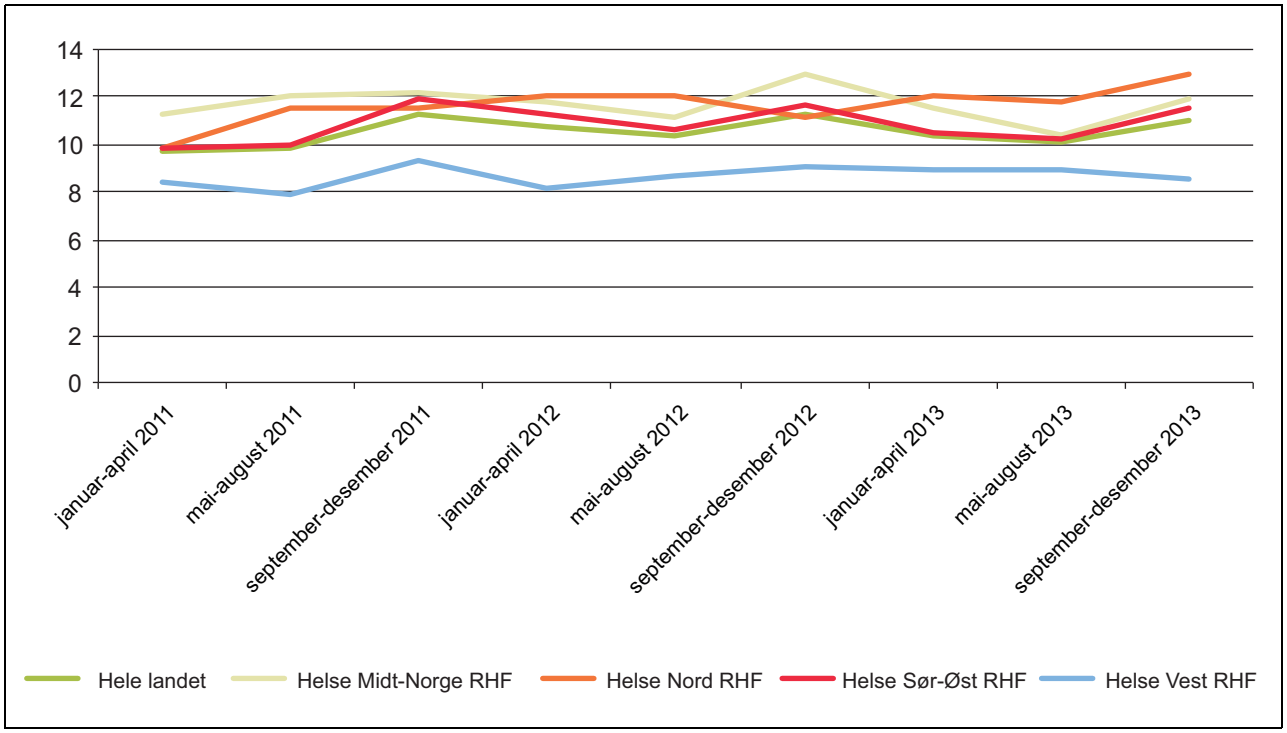
Andel keisersnitt totalt ligger stabilt på rundt 16 prosent gjennom hele perioden, 16,6 prosent i 3. tertial 2013, der andel akutte keisersnitt utgjør 11 prosent, jf. figur 8.7.



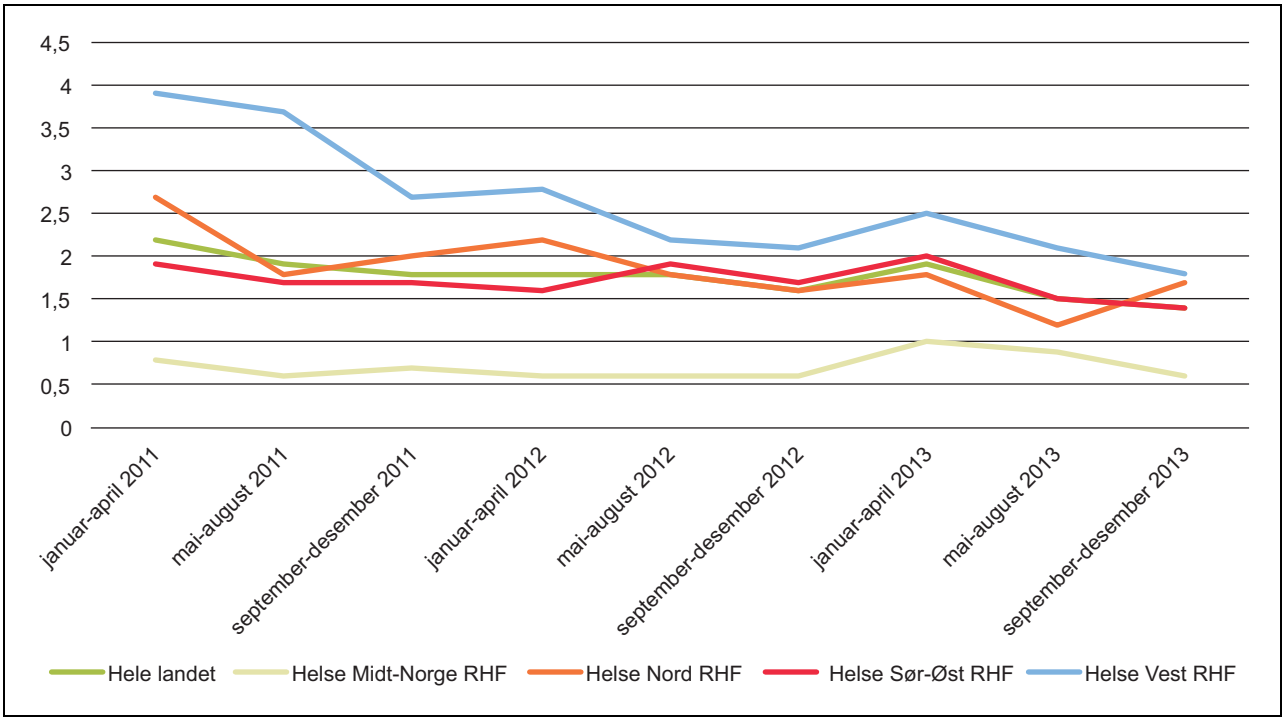

Figur 8.6 Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp innen psykiske helsevern for voksne

### *8.1.5.2 Korridorpasienter*

Andel korridorpasienter er et mål for kapasiteten ved norske behandlingssteder. At større andeler pasienter plasseres på korridor, kan være en indikasjon på en tjeneste av dårligere kvalitet i form av overbelastet kapasitet og manglende utnyttelse av ressurser ved andre behandlingssteder. Rapporterte tall for andel korridorpasienter viser en positiv utvikling i 2013. 1,6 prosent av pasienter innlagt på norske sykehus i 2013 er lagt på korridor, en nedgang fra 2,0 prosent i 2011 og 1,7 prosent i 2012 jf. figur 8.8.




Figur 8.7 Andel akutte keisersnitt av totalt antall fødsler ved norske fødeinstitusjoner, resultater for 2011 – 2013.




Figur 8.8 Andel pasienter plassert på korridor

#### *8.1.5.3 Andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC*

Formålet med denne indikatoren er å måle oppfyllelsen av bestemmelser om tilpasning av rom ut fra beboers behov, jf. forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene § 3, annet ledd. Det er store variasjoner mellom fylkene. I 2013 hadde Vest-Agder høyest andel enerom med 96,2 prosent, mens Oslo hadde lavest andel med 64,4 prosent. Det er større forskjeller mellom kommunene enn det er mellom fylkene. I kommunene varierer andelen enerom mellom to og 100 prosent. Indikatoren påvirkes av kommunens valg av modell for pleie- og omsorgstjenestene og antall kortids- og langtidsplasser i kommunen.

#### *8.1.5.4 Sykefravær blant ansatte i pleie og omsorgstjenesten*

Sykefravær kan være en indikator for tilgjengelig kapasitet i pleie og omsorgstjenesten. Et høyt sykefravær tyder på en tjeneste som ikke vil kunne yte potensielt tilgjengelig kapasitet.

Figur for legemeldt sykefravær viser en stabil utvikling for legemeldt sykefravær blant ansatte i pleie og omsorgstjenesten i perioden 2007–2013, med en marginal nedgang fra resultat for 2012 til 2013. Denne utviklingen gjelder flertallet av fylker.

### 8.1.6 Tilgjengelig og rettferdig fordelt

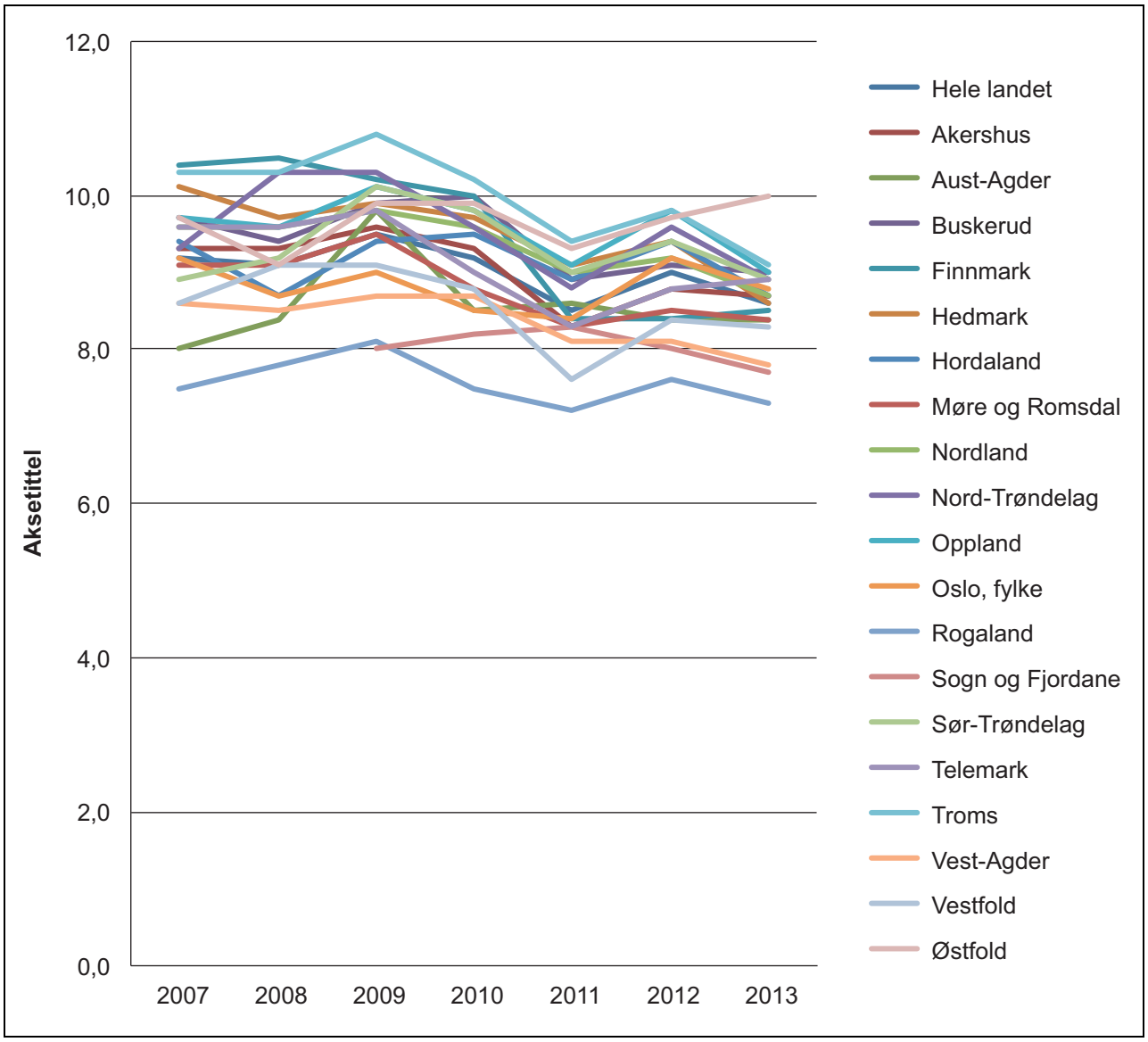
Likeverdige tjenester og tjenester av god kvalitet er også en tjeneste som er tilgjengelig for alle som trenger den og som er rettferdig fordelt.

#### *8.1.6.1 Ventetid*

Ventetid for start av helsehjelp er en viktig indikator for hvorvidt tjenester er tilgjengelige og om kapasiteten ved tjenestene er tilpasset opptaksområde og etterspørsel etter tjenestene. For somatisk helsetjeneste er gjennomsnittlig ventetid stabilt rundt 75 dager gjennom hele perioden 2011 – 2013. Gjennomsnittlig ventetid for start av helsehjelp er lavest i psykisk helsevern, med 54 dager for voksne og 53 dager for barn og unge, se figur 8.10. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge viser mest positiv utvikling i gjennomsnittlig ventetid.

#### *8.1.6.2 Legetimer per beboer i sykehjem*

Mange beboere i sykehjem har et stort behov for helsehjelp i form av utredning og diagnostikk, sykdomsovervåking, hjelp i akutte sykdomsfaser, behandling, rehabilitering og pleie. Det er opp til den enkelte kommune å fastsette en lokal norm for legedekning. Legetimer per uke per beboer i sykehjem har økt gradvis fra 2008 til 2013, fra 0,33 timer til 0,46. I 2013 var landsgjennomsnittet for




Figur 8.9 Andel legemeldt sykefravær blant ansatte i pleie og omsorgstjenesten

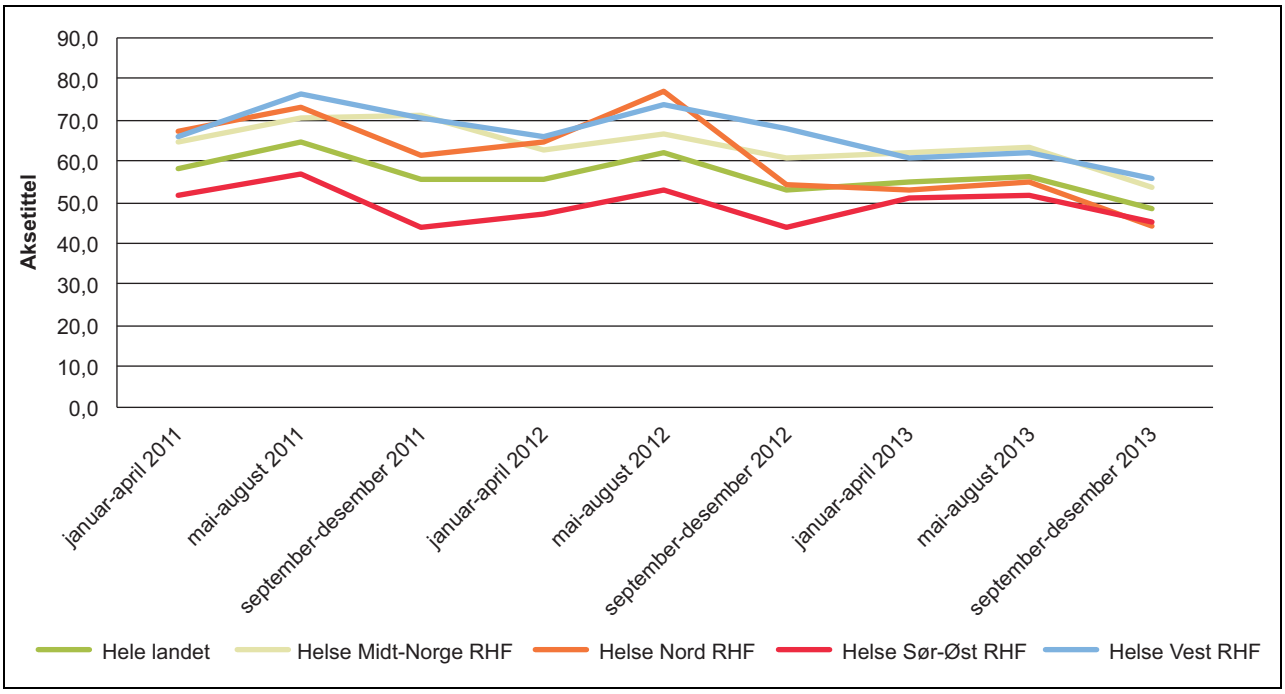
legetimer per uke per beboer i sykehjem på 0,46 timer. Det er en økning fra 2012, da antallet var 0,43. Det er variasjoner mellom fylkene. I 2013 hadde Nord-Trøndelag den laveste dekningen med 0,31 timer per beboer, mens Østfold hadde den høyeste med 0,63 timer. Det er relativt store variasjoner mellom kommunene, fra 1,8 timer til 0,05 timer per uke. Dersom to kommuner samarbeider om legetjenester, fanges ikke dette nødvendigvis opp av statistikken. Tallene gir derfor ikke nødvendigvis et komplett bilde.

### *8.1.6.3 Andel personell med fagutdanning i omsorgstjenesten*

Andel personell med fagutdanning i omsorgstjenestene har økt jevnt i perioden 2010 til 2013 for landet samlet og for samtlige fylker unntatt to av fylkene. Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag hadde tilnærmet nullvekst i perioden, men var samtidig blant fylkene med høyest andel fagutdannet personell i utgangspunktet.

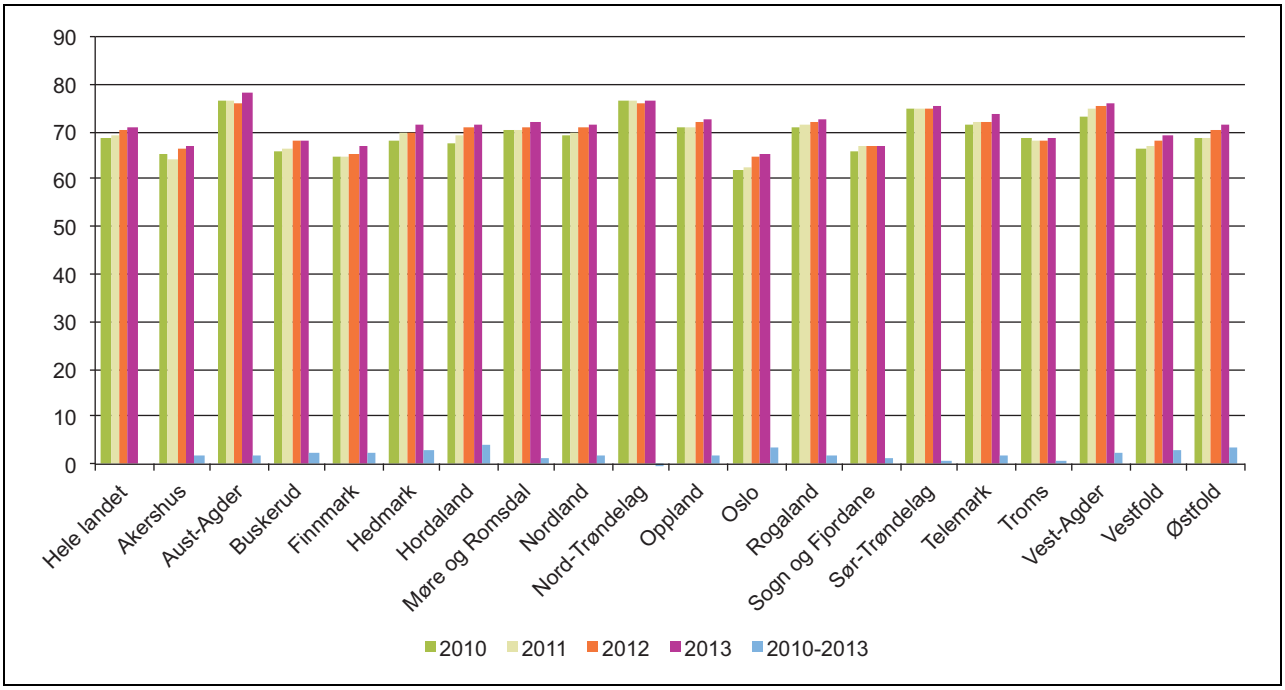
Det er store geografiske forskjeller når det gjelder andel med fagutdanning totalt, andel med fagutdanning fra høyskole/universitet og andel med fagutdanning fra videregående skole.

På landsbasis er andel med fagutdanning totalt på 70,9 prosent i 2013. På fylkesnivå varierer andel med fagutdanning totalt fra 65,2 prosent i Oslo, til 78 prosent i Aust-Agder. Variasjonen er enda større på kommunenivå. Til tross for lavest total andel med fagutdanning, har Oslo større andel personell med fagutdanning fra høyskole eller universitet enn med videregående opplæring. Nord-

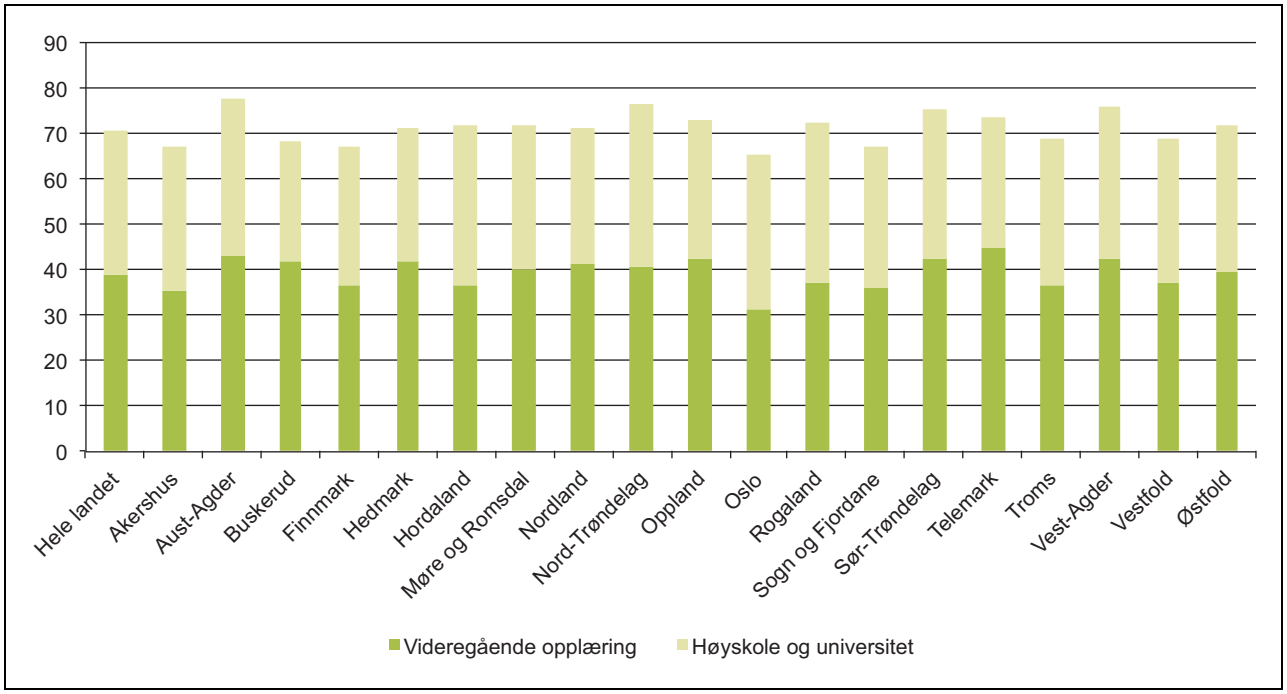



Figur 8.10 Gjennomsnittlig ventetid til start av behandling innen psykisk helsevern for barn og unge

Trøndelag, Rogaland og Hordaland har høyest andel personell med fagutdanning fra høyskole eller universitet.




Figur 8.11 Andel årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten 2010–2013




Figur 8.12 Andel helse- og sosialfaglig utdanning i omsorgstjenesten 2013

# *Del II*
# *Oppsummering*

# 9 Departementets oppsummering

Del I avdekker utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgtjenesten. Utfordringene er særlig knyttet til medvirkning, kommunikasjon, samhandling og pasientskader. Norsk helse- og omsorgstjeneste er likevel god. Internasjonalt ligger Norge høyt på overlevelse for sykdommer som kreft, hjertesvikt og hjerneslag. Den positive utviklingen i resultater vi ser gjennom de nasjonale kvalitetsindikatorene og resultatene fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, viser at systematisk forbedringsarbeid gir resultater. Selv om det er skjedd forbedringer de siste årene, er det fortsatt et betydelig forbedringspotensial i hele helse- og omsorgstjenesten. Vi mangler fortsatt kunnskap om status for store deler av helse- og omsorgstjenesten, særlig de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten.

## 9.1 Noen hovedtrekk fra de ulike kildene

De årlige rapportene fra Kunnskapssenterets meldeordning og Norsk pasientskadeerstatning gir en pekepinn på fagområder og risikofaktorer for uønskede hendelser. Verken Norsk pasientskadeerstatning eller Kunnskapssenterets meldeordning gir et representativt bilde av omfanget av pasientskader i helsetjenesten, men begge disse instansene har et betydelig datamateriale som i enda større grad bør brukes som grunnlag for analyse, forbedringsarbeid og forskning. Norsk pasientskadeerstatnings etablering av statistikkbank som legger til rette for bruk av data til forbedrings- og forskningsprosjekt, er et viktig tiltak.

Kunnskapssenterets meldeordning mottok i 2013 om lag 10 000 meldinger om hendelser som førte eller kunne ført til betydelig skade på pasient. Meldeordningen bekrefter kjente risikoområder som utfordringer med prosesser og prosedyrer, legemidler og fall, områder som samsvarer godt med pasientsikkerhetskampanjens innsatsområder for å forebygge skader. Meldeordningen har også identifisert nye områder med risiko for svikt og har formidlet dette til tjenesten.

Statens helsetilsyn har et bredt mandat. Tilsynsmeldingen peker på risikoforhold avdekket gjennom Helsetilsynets arbeid og som tjenesten kan bruke som utgangspunkt for læring og forbedring. Både Helsetilsynet og pasient- og brukerombudenes årsrapporter avdekker utfordringer knyttet til informasjon, medvirkning og kommunikasjon, manglende koordinering, samarbeid og kompetanse, kapasitet og ventetid. Eksempler er kommunikasjonsproblemer, feil i forbindelse med prosedyrer og forsinket behandling. Helsetilsynet har også avdekket uklare ansvarsforhold, manglende avtaler og mangelfulle samarbeidsrutiner mellom helsestasjon og fastlege. Svikt i fødselsomsorgen er avdekket gjennom varslingsordningen og det hendelsesbaserte tilsynet. Norsk pasientskadeerstatning peker på at det er relativt få saker innen fødselsomsorgen, men med store konsekvenser når det først går galt.

Pasient- og brukerombudene er særlig bekymret for kapasitet og kvalitet i eldreomsorgen. Tilsynet viser til at i de kommunale helse- og omsorgstjenestene gjelder en god del av rettighetsklagene avslag på sykehjemsplass.

Kunnskapssenterets nasjonale pasienterfaringsundersøkelser og Commonwealth Funds undersøkelser understøtter Helsetilsynet og Pasient- og brukerombudenes erfaringer om at vi har utfordringer knyttet til involering av pasienten og det å skape gode pasientforløp og samhandling mellom ulike instanser. Samtidig ser vi en positiv utvikling på flere av de nasjonale kvalitetsindikatorene, og den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» har bidratt til en tryggere helse- og omsorgstjeneste gjennom spredning av tiltakspakker på kjente risikoområder og metoder for kvalitetsforbedring.

## 9.2 Pasientens helsetjeneste

Pasientens helsetjeneste er en tjeneste som i større grad organiserer seg og virker ut fra pasientens behov, slik han eller hun selv uttrykker dem. I pasientens helsetjeneste er pasienten en mer likeverdig samarbeidspartner. For å realisere

dette må fordelingen av makt og innflytelse forskyves fra systemet eller tjenesten til pasienten.

Sett fra pasientens ståsted må forutsetningen være at ingen beslutninger om meg, tas uten meg. Pasientopplevd kvalitet må telle sammen med faglig basert kvalitet. Det gjelder i behandlingen av den enkelte, og det gjelder overordnet i utformingen av tjenesten, der pasient- og brukerorganisasjoner vil medvirke på flere nivåer. Tjenesten skal respektere pasienten ved å vise åpenhet om kvalitet, behandlingsmuligheter, behandlingsvalg og resultater av behandlingen – også når noe går galt. Forutsigbarhet, tilgjengelighet og respekt i møtet mellom helsetjeneste og pasient må være en selvfølge.

I det følgende gis noen eksempler på iverksatte tiltak med formål å møte noen av utfordringene knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet som er avdekket i helse- og omsorgstjenesten og som skal bidra til å fremme pasientens helsetjeneste.

For å nå målet om en mer pasient- og brukerorientert helse- og omsorgstjeneste er selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon, beslutningsstøtteverktøy og utviklingen av velferdsteknologi viktige virkemidler.

Tjenestene må være treffsikre for at alle skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester av god kvalitet. En større bevissthet på kvinner og menns ulike helsetjenestebehov og utvikling av mer kjønnsspesifikke tjenester, kan bidra til økt kvalitet på helse- og omsorgstjenestene.

Pasienter og brukere som ikke har norsk som morsmål vil ha spesielle utfordringer i møte med helse- og omsorgstjenestene. Forslag til en samordnet, kvalitetssikret og effektiv organisering av tolking i offentlig sektor fra et offentlig utvalg, vil bli sendt på høring.[1]

Alle innbyggere med behov for det skal ha et helhetlig og sammenhengende helsetilbud på rett nivå, av høy kvalitet og tilpasset den enkeltes behov. Fastlegene er en viktig del av det offentlige helsetilbudet og sentrale for å bidra til et helhetlig og sammenhengende helsetilbud for den enkelte. Fastlegers brukerorientering er av de områdene som Norge skårer dårligere på enn gjennomsnittet i Commonwealth Funds helsesystemundersøkelse for 2013. Kvalitets- og funksjonskrav til fastlegetjenesten fremkommer av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og revidert fastlegeforskrift og adresseres også i den kommende stortingsmelding om primærhelsetjenesten. Forslaget om kontaktlege som er sendt på høring, vil også bidra til at alvorlig syke pasienter skal slippe å forholde seg til mange leger. Disse pasientene skal få nødvendig informasjon og føle seg trygge gjennom hele pasientforløpet.

De fleste kreftpasienter får god medisinsk behandling, men for ofte må mange pasienter vente lenger enn det som er medisinsk begrunnet. Pakkeforløp gir en nasjonal standard for hvor lang tid de ulike elementene i et behandlingsforløp skal ta. Når det er konkret mistanke om en type kreft, skal pasienten inn i et pakkeforløp, og målet er å fjerne venting som ikke er medisinsk begrunnet.

Tilsynsmyndighetene har anslått at det opprettes 3 – 4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmennmedisinske virksomheter for øvrig, samt at for lang aksesstid har vært et tema innenfor det hendelsesbaserte tilsynet for akuttjenestene. Olsen-utvalget vil i desember 2015 fremme forslag til forbedringer i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus og de frivilliges rolle i akuttberedskapen. I forslag til ny forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften), har Helse- og omsorgsdepartementet foreslått krav om at AMK- sentralene skal besvare 90 prosent av henvendelser fra publikum innen 10 sekunder.

Staten skal ta et større økonomisk ansvar for å sikre at kommunene bygger ut tilstrekkelig kapasitet og kvalitet i omsorgstjenesten. Investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser skaper bedre boforhold for beboerne, bedre arbeidsforhold for de ansatte og legger de fysiske rammene bedre til rette for nye brukergrupper og moderne måter å drive omsorgstjenester på. I tillegg til å øke kapasiteten, vil oppmerksomhet om fornyelse og ombygging være viktig de nærmeste årene, slik at boligmassen er godt tilrettelagt og kan fungere optimalt i møtet med morgendagens behov. I budsjettet for 2014 innførte regjeringen redusert egenbetaling for langtidsbeboere i sykehjem som ufrivillig bor på dobbeltrom. Endringene skal bidra til at kommunene legger til rette for de beboere som ønsker det. Det er også etablert et samarbeid med KS med sikte på å fastsette årlige mål for utbygging av flere heldøgns omsorgsplasser og undersøkelse av hvor mange som venter på en sykehjemsplass.

Regjeringen vil i større grad at pårørende blir aktive endringsagenter til beste for sine nære og for kvalitetsutvikling i tjenesten. Fra 1. januar 2014 ble pasienters, brukeres og pårørendes stilling styrket når det skjer uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten gjennom lovendringer, i

[1] NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd

hovedsak i pasient- og brukerrettighetsloven. *Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020* (Pårørendeprogrammet 2020) skal bidra til økt oppmerksomhet om pårørende.

## 9.3 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er et lederansvar

Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Arbeidet skal forankres hos og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten eller brukeren har en nøkkelrolle. Det kreves at ledelsen etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg må ledelsen ha kunnskap om virksomhetsområder med risiko for svikt.

Kvalitetsarbeid krever at alle involverte spiller på lag og at ansvar og roller er klart fordelt. Tydelig ledelse, gode systemer og prosedyrer er avgjørende for å unngå skader og svikt. Det er et ledelsesansvar å styre virksomheten og utvikle en kultur som fremmer kvalitet og pasientsikkerhet i alle ledd i organisasjonen. Lederne skal sørge for at kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er en selvfølge i alt som skjer. De må aktivt lytte til de ansatte – sykepleiere, leger, portører, helsefagarbeidere og alle andre som er nær pasientene på sykehuset og i kommunen. Medarbeiderne kjenner pulsen på dagliglivet i virksomheten og vet hvor risikoen for svikt er størst.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid handler i stor grad om å skape en lærende kultur i organisasjonen. Flere virksomheter har lykkes i å etablere åpenhet, evne og vilje til å forandre og forbedre. Andre steder har kvalitets- og forbedringsarbeidet manglet en tydelig forankring i ledelsen. Det er lederens ansvar at det er kultur for å tørre å gi beskjed om risikoforhold og uønskede hendelser, at beskjeden blir tatt imot og besvart og at det skjer en endring.

Tiltak og virkemidler på nasjonalt nivå kan bidra til å støtte opp under tjenestens arbeid med å fremme ledelse, system og kultur for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Nasjonale myndigheter har også et ansvar overfor befolkningen for å synliggjøre innhold og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Dette er denne meldingen et bidrag til.

Det er de siste årene iverksatt flere tiltak for å støtte opp under ledelsens ansvar, også innen kvalitet og pasientsikkerhet og som følges opp av henholdsvis de regionale helseforetakene og KS gjennom lederopplæringsprogram og andre tiltak i kvalitetsavtalen. Pasientsikkerhetsprogrammet tilbyr konkrete verktøy for ledere på pasientsikkerhet.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i 2013 ut et rundskriv om ledelsesansvaret i sykehus som understreker at ledere på alle nivåer er ansvarlig for det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Oppgaver og beslutningsmyndighet kan og bør delegeres, men lederen har ansvaret for at oppgaven som er delegert blir utført på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Dette gjelder blant annet når det oppstår avvik eller svikt ved utføringen av sykehusenes oppgaver.

Det er under utarbeiding en forskrift som skal samordne dagens internkontrollforskrift med det lovpålagte kravet om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Som en sentral del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er det inngått en tredje Kvalitetsavtale mellom regjeringen og KS om kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Avtalen er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Målene i avtalen knytter seg til bærekraft og nye løsninger, tjenesteutvikling, personell og kompetanse. Avtalen blir fulgt opp, i tillegg til ledelsesutvikling, læringsnettverk og ulike tiltak innen innovasjon, kvalitetssystemer, personell og kompetanse.

Helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS representerer verdifull arbeidskraft og kompetanse i den norske helse- og omsorgstjenesten. Dette er en stor og økende gruppe. Av hensyn til kvaliteten i tjenestene og pasientsikkerhet har Helse- og omsorgsdepartementet nylig foreslått endringer og forbedringer i ordningen. Departementet har foreslått at det i tillegg til krav om at utdanningen må være jevngod, stilles krav om språkprøve, fagprøve og kurs i nasjonale fag som må være oppfylt før det kan gis norsk autorisasjon.

Regjeringen er opptatt av flere kvalitetsmålinger og åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet. Det er etablert flere nye nasjonale kvalitetsindikatorer de siste årene. Systemet skal ytterligere videreutvikles, og pasientopplevd kvalitet skal tillegges like stor vekt som faglige indikatorer. Dette vil være føringer for hele helse- og omsorgstjenesten.

Kvalitetsmålinger fordrer et godt datagrunnlag. Her spiller helse- og kvalitetsregistre en viktig rolle. Vi har mange gode helseregistre i Norge, men det er rom for både modernisering og bedre utnyttelse av disse registrene. På flere områder mangler vi fortsatt registre, blant annet innenfor

psykisk helsevern, rus, tannhelse og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har i forslag til statsbudsjett for 2015 foreslått 30 millioner kroner til å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nasjonalt folkehelseinstitutt har i 2014 fått i oppdrag å utrede et register for psykisk helse og rus, med utgangspunkt i fellesregistermodellen. Nasjonalt helseregisterprosjekt er etablert for å modernisere og samordne sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre. Prosjektet følges opp gjennom to-årige handlingsplaner, og handlingsplanen for perioden 2014–2015 viser områder og tiltak prioritert i denne perioden.

Tilsynsfunn, meldeordninger om uønskede hendelser, kartlegging av pasientskader, henvendelser til pasient- og brukerombudene og søknader om pasientskadeerstatning er kilder til kunnskap om hvor og til dels hvorfor det svikter. Vi skal styrke ledelse og forbedre tjenestene både gjennom tiltak for å unngå svikt og ved å bruke kunnskapen systematisk til læring. Disse kildene er viktige for ledere på alle nivå som grunnlag for forbedringsarbeid. Samtidig er det slik at meldeordningen til Kunnskapssenteret og varslingsplikten til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser kun gjelder for spesialisthelsetjenesten. Gjennom Arianson-utvalget vil vi få forslag til hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten bør følges opp av samfunnet. Utvalget, som har frist til september 2015 med å legge frem sine anbefalinger, skal også utrede om melde- og varslingsplikten for sykehus også bør omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

På mange områder foreligger nasjonale faglige retningslinjer bygget på oppdatert kunnskap om hva som er beste praksis. Samtidig er det en kjensgjerning at implementering av faglige retningslinjer og læring av uønskede hendelser og forbedringsarbeid krever ledelsesforankret, målrettet og systematisk innsats over tid. Gjennom Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble det arbeidet bevisst med forankring i ledelsen og systematisk forbedringsmetodikk. Kampanjen introduserte målrettede tiltak på 11 utvalgte områder hvor det forelå kunnskap om hva som forårsaker flest pasientskader. Kampanjen er avsluttet, men videreført i det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetsprogrammets strategi skisserer retning og aktiviteter for å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten i perioden 2014–2018.

Det er tre utvalgte områder som særlig har lagt føringer for det nasjonale programmet:
- Å styrke kompetansen i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet for ledere og personell
- At pasientene skal spille en større rolle i pasientsikkerhetsarbeidet
- At kommuneperspektivet skal videreutvikles.

## 9.4 Fremtidige innsatsområder

Regjeringens ambisjon er å skape pasientens helsetjeneste. Å unngå unødig skade er selve fundamentet og i utgangspunktet en selvfølge, sett ut i fra et pasientperspektiv. Samtidig blir for mange brukere påført skade i kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Å forebygge pasientskader og forbedre tjenestekvaliteten basert på oppdatert kunnskap om hva som er god praksis, fordrer kontinuerlig og systematisk arbeid der mange må spille på lag rundt brukerne. En avgjørende faktor for å lykkes med dette er god ledelsesforankring og et system og en kultur som stimulerer til læring og forbedring.

Regjeringen arbeider med flere meldinger til Stortinget, som alle har pasientens helsetjeneste som overordnet føring. Å skape en god og sikker helse- og omsorgstjeneste vil være et gjennomgående tema i disse meldingene:
- Nasjonal helse- og sykehusplan
- En stortingsmelding om primærhelsetjenesten.
- En ny folkehelsemelding.
- En melding om legemiddelpolitikken.

I tillegg kommer de varslede opptrappingsplanene for rusfeltet og for habilitering og rehabilitering og innføringen av Fritt behandlingsvalg. Gjennom disse meldingene og planene vil det bli lagt klare føringer for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten de neste årene.

# 10 Økonomiske og administrative konsekvenser

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

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 12. desember 2014 om Kvalitet og pasientsikkerhet 2013 blir sendt Stortinget.

Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:
Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Privat sektor:
Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Grafisk Form, Linda Astor

Trykk: 07 Aurskog AS – 12/2014