DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 12

(2015–2016)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2014

Innhold

1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet 5
1.1 Meldingens oppbygging og innhold 7

Del I Sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet 9

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv .. 11
2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling 11
2.2 Commonwealth Fund 11

3 Pasient- og brukerombudene .. 14
3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen 14
3.2 Særskilte tema 14

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene 17
4.1 Hovedtrekk i tilsyns-virksomhetens rapportering 17
4.2 Særskilte tema 19

5 Norsk pasientskadeerstatning 20
5.1 Hovedtrekk i årsrapporten 20
5.2 Særskilte tema 21

6 Kunnskapssenterets meldeordning 22
6.1 Hovedtrekk i årsrapporten 22
6.2 Særskilte tema 24

7 Nasjonalt kvalitetsindikator-system 25
7.1 Resultater 25
7.1.1 En «pakke» av kvalitetsindikatorer 32
7.1.2 Forskjeller, variasjon og forbedringer over tid 34

Del II Oppsummering 39

8 Departementets oppsummering 41
8.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene ... 41
8.2 Pasientens helsetjeneste – trygge tjenester, koordinerte pasient-forløp 42
8.3 Kompetanse, læring og ledelse 44
8.4 Fremme helse og mestring 46

9 Økonomiske og administrative konsekvenser 48

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 12

(2015–2016)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2014

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 27. november 2015, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Solberg)

1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Kvalitet og pasientsikkerhet er et av innsatsområdene for å oppnå dette. Med Stortingets behandling av Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, fikk regjeringen bred tilslutning til at det årlig skal legges frem en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet. Formålet med en slik melding er regelmessig å gi Stortinget anledning til en bred og åpen debatt om status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Regjeringen legger med dette frem den andre årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen oppsummerer og gjør opp status for kvalitet og pasientsikkerhet, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Kunnskapssenterets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenlikninger. Meldingen tar for seg hele helse- og omsorgstjenesten; den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og private tilbydere av helse- og omsorgstjenester. Målsettingen er økt politisk bevissthet og oppmerksomhet om 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.

Regjeringen og nasjonale helsemyndigheter retter kvalitetsarbeidet særlig mot tre områder: Mer kvalitetsorientert ledelse, systemer som skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet og en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten. Alle disse tre grepene skal støtte arbeidet med å skape en mer pasient- og brukerrettet helse- og omsorgstjeneste.

Status og utfordringer

Vi oppnår gode resultater på en rekke områder i helse- og omsorgstjenesten, og de fleste gir uttrykk for at de er fornøyde med de helse- og omsorgstjenestene de får. Det fremgår både av nasjonale undersøkelser og internasjonale sammenlikninger. Å lære av de gode resultatene og erfaringene, er grunnleggende viktig. Systematisk deling og bruk av gode resultater må i større grad inngå i utviklings- og forbedringsarbeidet. Denne meldingen vil likevel rette oppmerksomhe-

ten mot områder der vi har utfordringer og der vi har et forbedringspotensial. Kildene gir et bilde av hvor i systemet det er risiko og tydeliggjør hvor det er behov for å sette inn tiltak. Materialet som presenteres i denne meldingen, er ikke representativt og kan derfor gi et for negativt bilde av helse- og omsorgstjenesten.

Kildene som er brukt, er ikke direkte sammenliknbare, og dataene gir derfor heller ikke et utfyllende bilde av status på områdene kvalitet og pasientsikkerhet. Det er en utfordring at vi på mange områder ennå ikke har etablert kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet arbeider systematisk med å gjøre data, statistikk og analyser mer tilgjengelige og utvikler nye kvalitetsindikatorer. Direktoratet vil blant annet utarbeide et «dashboard» basert på styringsparameterne i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. På dette «dashbordet» vil hyppig oppdaterte resultater kunne vises i et samlet skjermbilde.

Årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet må være konsistente over tid slik at det blir mulig å følge utviklingen. Dataene og kildematerialet som presenteres i de årlige meldingene om kvalitet og pasientsikkerhet, skal gi et godt grunnlag for å oppsummere og gjøre opp status på områder som vi særlig må følge med på. Ledere på alle nivåer utfordres til å følge utviklingen systematisk og iverksette nødvendige tiltak. Skal vi lykkes med å skape pasientens helsetjeneste, må helse- og omsorgspersonell på alle nivåer bidra. Lederne har et særlig ansvar.

Flere undersøkelser viser at det er store variasjoner i helse- og omsorgstjenesten. Det er mange årsaker til variasjon, og det er viktig systematisk å kartlegge og identifisere årsaker til variasjon og iverksette tiltak for å redusere uberettiget variasjon. Det tas sikte på å gi en nærmere omtale av variasjon i den neste årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

Materialet for 2014 og tidligere år viser at vi har utfordringer på mange av de samme områdene som i 2013. Mangelfull kommunikasjon og informasjon er ifølge flere kilder, en gjenganger. Flere undersøkelser viser at vi må bli bedre når det gjelder informasjon og involvering av pasienter og pårørende i behandlingsforløpene. Ifølge den landsdekkende undersøkelsen av døgnopphold innen psykisk helsevern for 2014, opplever sju av ti pasienter at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon om ulike behandlingsmuligheter. 60 prosent av pasientene opplever ikke å ha fått tilstrekkelig informasjon om sine psykiske plager eller diagnoser. I en tilsvarende undersøkelse ved døgninstitusjoner for ruspasienter, svarer omlag 50 prosent at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om den behandlingen de mottok på institusjonen. Av de pasientene som tidligere hadde vært innlagt ved rusinstitusjoner, svarte kun 14 prosent at de syntes oppfølgingen etter utskrivning var god eller svært god. Disse resultatene for 2014 var om lag lik resultatene for tilsvarende undersøkelse i 2013.

For somatiske sykehus, ser vi over tid at det har vært en positiv utvikling i pasientenes opplevelse av informasjon. Samtidig kan sykehusene bli langt bedre når det gjelder utskriving, samhandling og ventetid. Slik gir de nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene viktig informasjon om pasientenes opplevelser – informasjon som helse- og omsorgstjenesten systematisk må bruke til å forbedre tjenestene.

Disse undersøkelsene og øvrige kilder forteller oss at pasientene må få nok informasjon og informasjon som man forstår. God kommunikasjon med pasientene, mellom helsepersonell, mellom avdelinger og enheter og mellom sykehus og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er nødvendig for å styrke samhandlingen innad i og mellom tjenestene. Informasjon er viktig for *samvalg*. Ved samvalg velger pasienten behandling i samarbeid med helsepersonell i den grad og på de måter pasienten ønsker. Målet er å bli enige om og velge det behandlingsalternativet som er mest i tråd med pasientens personlige preferanser. Slik skal pasienten bli en mer likeverdig og aktiv samarbeidspartner. Regjeringen vil stimulere til økt bruk av samvalg i helse- og omsorgstjenesten og har omtalt dette nærmere i Legemiddelmeldingen og i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det å arbeide kunnskapsbasert og forbedringsbasert, er grunnleggende for å oppnå en tjeneste av god kvalitet. Dette dreier seg både om det å utvikle og å ta i bruk pålitelig, relevant og oppdatert kunnskap. Det publiseres hvert år mye relevant forskning om helse- og omsorgstjenester og deres kvalitet. Denne meldingen gir ingen komplett fremstilling av det faglige arbeidet som gjøres, selv om dette inngår i det helhetlige kunnskapsgrunnlaget. 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. Regjeringen har derfor foreslått etablering av et nytt kommunalt pasient- og brukerregister som en viktig kilde til blant annet kvalitetsforbedring. Lovforslag om å etablere et slikt register har vært på høring. Helse- og omsorgsdepartementet tar sikte på å oversende en lovproposisjon om å etablere registeret til Stortinget i første halvdel av 2016. Dersom

lovforslaget vedtas av Stortinget, vil det bli utarbeidet en forskrift som vil bli sendt på egen høring. Det arbeides for at registeret skal etableres i løpet av 2017. Mangel på data og kunnskap utfordrer evnen til å utøve kunnskapsbaserte tjenester og arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Derfor er fortsatt utvikling av registre, datainnhenting og økt forskning viktig. Helsedata er viktig kilde for både helse- og omsorgstjenesteforskning og forskning på effekt av behandling. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt frem en handlingsplan for regjeringens oppfølging av strategien Helse-Omsorg 21, hvor dette er ett av temaene.

Regjeringens arbeid

Det legges i denne meldingen ikke frem ny politikk fra regjeringens side. Formålet er å gi Stortinget en anledning til å behandle temaet kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten på en bred måte.

Norge har sluttet seg til Verdens helseorganisasjons mål om å redusere for tidlig død av ikkesmittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft med 25 prosent innen 2025. Regjeringen vil legge målene til grunn i utviklingen av nasjonal politikk og styrke innsatsen på tvers av sektorer for å nå disse målene. Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er viktig for å nå 25 prosent-målet, både når det gjelder kvalitetsutvikling i tjenestene og i det forebyggende arbeidet.

Regjeringen har lagt frem eller vil legge frem for Stortinget meldinger og planer som dekker store deler av helse- og omsorgstjenesten. Å skape en trygg og god helse- og omsorgstjeneste er et uttrykt mål også i disse dokumentene. Med ikrafttredelsen av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven og fritt behandlingsvalg 1. november 2015 og innføringen av 28 pakkeforløp for kreft, har vi dessuten etablert et rammeverk for å sikre pasientene helsehjelp innen forsvarlig tid og tilgang til likeverdige tjenester. Det vil dessuten bli utarbeidet pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helse og rus. I Prop. 125 L (2014–2015) har vi foreslått å innføre en ordning med kontaktlege i spesialisthelsetjenesten for alvorlig syke pasienter. Disse reformene vil bidra til å styrke pasientopplevd kvalitet og gi pasientene økt forutsigbarhet og trygghet gjennom pasientforløpet. Slik arbeider denne regjeringen systematisk med tiltak for å skape pasientens helsetjeneste.

1.1 Meldingens oppbygging og innhold

Meldingens Del I gir et bilde av kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, basert på rapporter for 2014 fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og meldeordningen til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Nasjonale kvalitetsindikatorer og internasjonale sammenlikninger er også viktige informasjonskilder til meldingen. Målet er å gi Stortinget et overordnet innblikk i hva disse kildene sier om kvalitet og pasientsikkerhet. Pasientsikkerhetskampanjen ble avsluttet i 2013, og i fjorårets melding var sluttrapporten med i kildematerialet. Som en oppfølging av pasientsikkerhetskampanjen, er det igangsatt et femårig, nasjonalt pasientsikkerhetsprogram som skal redusere pasientskader, ved hjelp av målrettede tiltak i hele helse- og omsorgstjenesten. Dette arbeidet omtales ikke særskilt i årets melding.

I meldingens Del II gis det en overordnet oppsummering 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. Kildematerialet for 2014 gir grunn til å belyse noe nærmere helse- og omsorgstjenester til eldre og til barn og unge, jf også Innst. 195 S (2014–2015) og Stortingets behandling av den første årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Dette omtales nærmere i Del II.

Det er gjennom de fremlagte stortingsmeldingene, opptrappingsplanene og fritt behandlingsvalg at regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste – en helse- og omsorgstjeneste som i større grad skal sikre kvalitet og pasientsikkerhet.

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 som kan brukes som grunnlag for å videreutvikle arbeidet i Norge. Internasjonale sammenligninger vil imidlertid også innebære statistisk usikkerhet. I dette kapitlet er det gitt en kort omtale av hvordan den norske helse- og omsorgstjenesten 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

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) utgir en rapportserie – Health at a Glance – som gir oversikt over helse, helsetilstand, helsevaner, samt helsetjenestens struktur, prosesser og resultater i OECD-landene. Rapportserien publiseres annethvert år. I tillegg publiserte OECD regionale rapporter for henholdsvis Europa og Asia/Stillehavet i 2010, 2012 og 2014. Hensikten med rapportene 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.

OECD-rapporten fra 2014 – *Health at a Glance: Europe 2014* – inneholder sammenlignbare data fra 35 europeiske OECD-land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2012. Rapporten viser at helsetilstanden i Norge generelt er god, med høyere forventet levealder og lavere sykelighet og dødelighet enn gjennomsnittet for EU-landene i OECD. Norske helsevaner er også bedre enn gjennomsnittet, med lavere forbruk av tobakk og alkohol og høyere inntak av grønnsaker.

Norge skårer godt på en rekke indikatorer, og OECD fremhever spesielt resultatene for overlevelse etter akutt hjerteinfarkt som svært gode i Danmark, Sverige og Norge. Det er generelt god kreftoverlevelse i Norge. Den er litt over OECD-gjennomsnittet for tykk- og endetarmskreft, mens Norge er det landet som har registrert høyest overlevelse ved livmorhalskreft. Norge har også god overlevelse ved brystkreft; bare Sverige og Island har bedre resultat. Norge skårer noe dårligere når det gjelder indikatorene for pasientsikkerhet og vaksinasjon.

Nedenfor vises resultatene for Norge i en tredelt rangering: dårligste/midtre/beste tredel av OECD-landene[1].

2.2 Commonwealth Fund

The Commonwealth Fund (CMWF) er en stiftelse i USA som har som formål å styrke helsetjenestesystemer med bedret tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet. Commonwealth Fund gjennomfører helsesystemundersøkelser årlig i en rekke land, og Norge deltok for sjette gang i 2014. Spørreundersøkelsen inngår i deres «International Health Policy»-program. Målet med programmet er å gi grunnlag for nytenkning innen helsepolitikk. Programmet skal også gi beslutningstakere i landene som deltar innspill til informerte og ansvarlige beslutninger om helsetjenestesystemet.

I undersøkelsen i 2014 svarte representanter for den del av befolkningen som er 55 år eller eldre på spørsmål som beskriver hvordan landets helsesystem fungerer. Landene som deltok var: Australia, Canada, Frankrike, Tyskland, Nederland, New Zealand, Norge, Sverige, Sveits, Storbritannia og USA.

Resultatet fra 2014-undersøkelsen viste at Norge skårer bedre enn gjennomsnittet av de andre landene på følgende områder[2]:

- Færre oppgir høye kostnader som grunn til ikke å benytte helsetjeneste.
- Flere har fast lege.

---

[1] Mer informasjon om resultatene på OECD og Kunnskapssenteret for helsetjenesten sine hjemmesider: http://www.oecd.org/els/health-at-a-glance-europe-23056088.htm og http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/norsk-helsetjeneste-sammenliknet-med-andre-europeiske-oecd-land-2014

[2] For en mer detaljert presentasjon av resultatene, vises det til rapporten Commonwealth Funds undersøkelse i 2014 blant personer i aldersgruppe 55 år eller eldre: Resultater fra Norge og ti andre land.

Kvalitetsindikatorer (fra Health at a Glance Europe 2014)	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Innleggelsesrate[1] astma			☑
Innleggelsesrate[1] KOLS		☑	
Innleggelsesrate[1] diabetes			☑
Foreskriving av antibiotika			☑
Volum av annenlinjes[2] antibiotika			☑
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt i og utenfor sykehus			☑
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			☑
Postoperativ blodpropp ben/lunge		☑	
Postoperativ sepsis		☑	
Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon	☑		
Screening livmorhalskreft			☑
5-års overlevelse kreft livmorhals			☑
Mammografiscreening			☑
Fem års overlevelse brystkreft			☑
Fem års overlevelse endetarmskreft		☑	
Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste		☑	
Barnevaksinasjon meslinger		☑	

Farvekoder:

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

Figur 2.1 Norges resultater i Health at a Glance Europe 2014

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

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

- Bedre tilgjengelighet til helsetjenester utenfor kontortid.
- Flere gir omsorg til andre som trenger det.
- Flere velger å være uten private tilleggsforsikringer.
- Færre har opplevd problem med å betale for helsetjenester.
- Bedre generell vurdering av helsevesenet.

Resultatet fra 2014-undersøkelsen viste at Norge skårer dårligere enn gjennomsnittet av de andre landene på følgende områder:

- Færre får svar samme dag når de ringer sitt faste legekontor med et medisinsk spørsmål i åpningstiden.
- Flere må vente på legetime.
- Færre erfarer at fastlegen tar seg god nok tid, oppmuntrer til å stille spørsmål eller forklarer slik at det er lett å forstå.
- Ventetid før time hos spesialist er lenger.
- Flere har erfart at fastlegen virket lite oppdatert om tiltak gjort av spesialist.
- Færre har erfart at fastlegen/fastlegekontoret hjelper til med koordinering av tjenester.
- Færre har erfart at spesialister forteller om behandlingsalternativer og at spesialister involverer pasienter i beslutninger om egen helsehjelp.

- Blant de som bruker faste medisiner er det langt færre som oppgir at medisingjennomgang er gjennomført.
- Blant de som er utskrevet fra sykehus, er det langt færre som har fått informasjon som er nyttig med tanke på mestring av tilstanden hjemme.
- Færre beskriver helsen si som «God, «Meget god» eller «Utmerket».
- Færre har bekreftet å ha fått informasjon som skal styrke egen håndtering av kroniske tilstander.
- Blant pasienter med en kronisk tilstand er det færre som har en behandlingsplan, og de norske respondentene er mer forbeholdne når det gjelder nytten av planen.
- Færre har et helsepersonell som fungerer som støtte mellom legebesøkene.
- Flere bruker tobakk, og blant dem er det færre som sier de har fått informasjon om helserisiko og råd angående røykeslutt.
- Uttrykt i antall timer, yter gruppen i alder 55 år eller eldre mindre uformell omsorg til andre.
- Langt færre har tatt stilling til hvordan beslutninger skal fattes dersom de selv ikke kan gi uttrykk for egne preferanser med hensyn til behandling ved livets slutt.

3 Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999, kapittel 8. Ombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres 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.

Pasient- og brukerombudets arbeid kjennetegnes ved:

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

3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

Felles årsmelding fra pasient- og brukerombudene utarbeides hvert år. I tillegg skriver ombudene årsmelding for hvert fylke. Gjennom møter med pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenesten samler ombudene erfaringer som kan brukes som grunnlag for å bedre kvaliteten i tjenestene og bedre samhandlingen med pasientene og brukerne. Den felles årsmeldingen for 2014 vektlegger å formidle noen av disse erfaringene.

I 2014 mottok landets pasient- og brukerombud 14 063 saker. Antall saker som omhandlet spesialisthelsetjenesten var uendret sammenliknet med 2013, mens antall saker som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester var 5861, det vil si en økning med 12 prosent. Pasient- og brukerombudene mener at det fortsatt er et udekket behov for bistand når det gjelder kommunale tjenester.

Pasient- og brukerombudene publiserte ikke statistikk i sin årsmelding for 2014. I innspill til Helsedirektoratet opplyser de imidlertid at den hyppigste årsaken til henvendelser til pasient- og brukerombudene i 2014 var pasientskade og komplikasjon. De neste store områdene var informasjon, ventetid, diagnoseproblematikk, mangelfulle rutiner og systemsvikt.

Henvendelser fordelt på spesialiteter viser at problemstillinger knyttet til fastlege utgjør det største området. Dernest følger ortopedisk kirurgi, voksenpsykiatri, kommunale heldøgnsinstitusjoner og onkologi.

Ombudene gir også uttrykk for en generell bekymring for rettssikkerheten til pasienter og brukere. Denne er knyttet til dårlig kvalitet på kommunal saksbehandling, mangler i klagebehandlingen og tilsynets oppfølging av helse- og omsorgstjenestene.

3.2 Særskilte tema

På bakgrunn av sakene som ombudene har hatt til behandling i 2014, trekkes flere tema frem i den felles årsmeldingen som særskilt viktige.

Fastlegenes rolle i helsetjenesten må evalueres

Fastlegenes rolle og kvaliteten på deres tjenester ble berørt i 2264 saker i 2014. Det klages på pasientskader, komplikasjoner, oppførsel, sen eller feil diagnose, dårlig eller sen henvisning, spørsmål knyttet til medisinering, ulike problemer knyttet til egenandel og betalingsformer og ikke minst, mangel på informasjon.

Ombudene viser til fastlegens sentrale funksjon i helsetjenesten, og særlig som informasjonskilde for pasienter. Utviklingen av pasientens helsetjeneste betinger at den enkelte pasient kjenner til aktuelle rettigheter og valgmuligheter. For å sikre at ingen faller utenfor helsetjenestens mange tilbud må alle pasientgrupper sikres tilstrekkelig informasjon. Ombudene uttrykker bekymring for fastlegenes kapasitet og evne til å bidra som leverandør av nødvendig informasjon og påpeker at fastlegen må rustes til å ivareta et stadig økende informasjonsbehov hos pasientene. Det fremholdes også at fastlegene må sette av tilstrekkelig tid i møtet med den enkelte. Ombu-

dene etterlyser en evaluering av fastlegeordningen for å sikre likeverdige helsetjenester til alle.

Ombudenes anbefalinger:

- Fastlegenes rolle i helsetjenesten må evalueres.
- Pasienter må tilbys kopi av henvisninger, epikriser og prøvesvar.
- Pasienter som bruker flere legemidler skal alltid få med seg en oppdatert legemiddelliste etter konsultasjon hos fastlege.

Sykehjem – Tid for handling

I 2014 ble det registrert 1209 saker om sykehjem. 956 av disse gjaldt langtidsopphold på sykehjem, mens 253 omhandlet korttidsplass. Dette er en økning fra året før på 35 prosent.

Pasienter og pårørende har over flere år fortalt om mangel på sykehjemsplasser, dårlig kvalitet på helsehjelpen og uverdige tjenester. Ombudene anser det dokumentert at sykehjemstilbudet har store og alvorlige mangler som fører til at enkeltmennesker ikke får nødvendig helsehjelp, og at grunnleggende rettssikkerhetsgarantier blir tilsidesatt. Det er variasjoner i kvaliteten på sykehjemstilbudet, noe de mener er et signal om at det kreves endringer og en mer målrettet styring. For dem som mottar et utilstrekkelig tilbud, er det liten trøst i at andre får god hjelp.

Ombudene etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sykehjemstilbudet i Norge samsvarer med pasient- og brukerrettighetslovens grunnleggende formål, som er lik tilgang på tjenester, tjenester av god kvalitet og ivaretakelse av respekten for den enkelte.

Ombudene påpeker at kommunene får ansvar for stadig flere pasienter med komplekse tilstander. Etter ombudenes oppfatning har sykehusene kommet lenger enn kommunene når det gjelder viljen til å lære av feil. Ombudene mener at kommunene må innlemmes i meldeordningen til Kunnskapssenteret om hendelser som har eller kunne ført til betydelig skade på pasient og varselplikten til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. Disse ordningene gjelder i dag kun for spesialisthelsetjenesten.

Ombudenes anbefalinger:

- Helsetjenestene i kommunene må innlemmes i meldeordningene til Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn.
- Det bør i større grad føres stedlig tilsyn med sykehjem, og pasienter og pårørende må involveres i tilsynet.

Samhandlingsreformen på rett spor?

Samhandlingsreformen skal sikre at pasienter får riktig behandling på riktig nivå til riktig tid. Etter etableringen av reformen har mye oppmerksomhet vært rettet mot uenighet om pasienter som skal utskrives fra sykehuset. Pasienter og pårørende blir forvirret når behandlingsnivåene skylder på hverandre for at tilbudet ikke er godt nok.

Ombudene fremholder at pasientene blir taperne når kommuner og helseforetak skylder på hverandre når samhandlingen svikter. Skal samhandlingsreformen lykkes må de involverte parter prioritere styrking av samarbeidet fremfor ansvarsfraskrivelse. Ombudene etterlyser i den forbindelse større åpenhet om hva som er realitetene.

Ombudene fremhever at pasienter med psykiske plager og rusavhengige erfarer at mangelen på botilbud og kommunale tjenester vanskeliggjør overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommune. Utskrivningsklare pasienter opplever at behandlingen som de har fullført er til liten nytte når hverdagen etter utskriving er dårlige boforhold, mangel på sysselsetting og sporadiske besøk av hjemmetjenesten. Utviklingen av distriktspsykiatriske sentra (DPS) som en mellomlinjetjeneste har ikke gitt brukerne større tilgang på kompetente lavterskeltjenester. Tvert imot er skillelinjene mellom sykehus og DPS stadig mer utvisket. DPS-systemet må ha en sterkere orientering mot kommunene, samtidig som sykehusene dreier sitt fokus mot behandling av de sykeste pasientene.

Ombudenes anbefalinger:

- Epikrise må følge med når en pasient skrives ut fra sykehus til hjelpetiltak i kommunen. Det er sykehuset som må beskrive hjelpebehovet, men kommunen avgjør hvordan behovet skal dekkes.

Følges pasient- og brukerrettighetene?

God saksbehandling, grundig og troverdig klagebehandling og oppfølging fra tilsynsmyndighetene er vesentlige rettssikkerhetsgarantier for pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester. Ombudene ser en rekke bekymringsfulle

trekk ved kommunal saksbehandling, klagebehandling og ved tilsynsvirksomheten.

Lovfestede krav til kommunenes saksbehandling er spilleregler som må følges dersom rettsikkerheten skal ivaretas og tilliten til kommunen skal opprettholdes. Mange av henvendelsene til ombudene gjelder brudd på pasient- og brukerettighetslovens saksbehandlingsregler. I flere av sakene ser de at pasienter og brukere ikke får den hjelpen de trenger som følge av mangelfull saksbehandling, fravær av brukermedvirkning og klagefrykt.

Ombudene finner at rettssikkerheten til pasienter og brukere er ekstra utsatt fordi klager på lovfestede rettigheter ikke alltid følges opp. Klager som ikke tas til følge skal sendes direkte til Fylkesmannen. Dette etterleves i liten grad. Pasienter og pårørende er i varierende grad kjent med klagereglene.

Det er et grunnleggende rettssikkerhetsprinsipp at klager blir behandlet av en uavhengig klageinstans. Klageordningen skal bidra til at pasienten får avklart sin eventuelle rett til helsehjelp og skal generelt underbygge tillitsforholdet mellom pasienten og helsetjenesten.

Fylkesmennene er både klageinstans og tilsynsmyndighet, og pasienter og brukere må kunne ha tillit til at klager som fremsettes overfor fylkesmannen blir behandlet raskt, riktig og uavhengig. Det er imidlertid til dels store variasjoner blant fylkesmennene når det gjelder klagesaksbehandling, tilsynsrutiner og saksbehandlingstid. Dette undergraver tilliten til tilsynet blant pasienter og deres pårørende, men også ute på tjenestestedene.

Skal tilsynet ha tillit i befolkningen er det nødvendig med kortere saksbehandlingstider og bedre begrunnede avgjørelser. Det er avgjørende at organiseringen av arbeidet er god og at det sikres ressurser som muliggjør et nødvendig og potent tilsyn.

Ombudenes anbefalinger:

- Det må iverksettes tiltak for å styrke kompetansen til kommunale saksbehandlere.
- Pasienter, brukere og pårørende må tilbys en felles og oppdatert serviceerklæring med kortfattet informasjon om sine rettigheter.
- Helseforetakene må sørge for at klager behandles i samsvar med klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven.
- Tilsynsmyndighetene må ha tilstrekkelige ressurser og en organisering som bidrar til kortere saksbehandlingstid og bedre begrunnede avgjørelser, samt ivaretar sin uavhengige rolle overfor helse- og omsorgstjenesten.

Nye ordninger: Fritt behandlingsvalg og Pakkeforløp for kreftbehandling

Pasient- og brukerombudene kommenterer fritt behandlingsvalg og pakkeforløp for kreftbehandling i sin årsmelding. Ombudene påpeker at fritt behandlingsvalg innfører enda flere tjenesteaktører på et område som allerede fremstår som uoversiktlig for pasientene. De mener ordningen må følges tett opp for å hindre at pasienter med stort behov for helhetlig bistand ikke blir tapere.

Hensikten med innføring av standardiserte pakkeforløp for enkelte grupper kreftpasienter er å sikre raskere utredning og behandling, samt økt forutsigbarhet for pasientene. Et av virkemidlene som etableres for å styrke koordineringen og informasjonen til pasienter, er etableringen av forløpskoordinator. Ombudene påpeker nødvendigheten av at det øremerkes midler til egne stillinger for denne funksjonen, slik det ble gjort i Danmark.

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 tilsynsmyndighet og fører tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og folkehelsearbeid i fylket og med alt helsepersonell og annet personell som yter helse- og omsorgstjenester.

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

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

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

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, tilsynsrapporter fra fylkesmennene og vedtakene i tilsynssakene sentrale dokumenter om tilsynsaktiviteter og funn.

Planlagte tilsyn

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

Som ledd i det landsomfattende tilsynet som undersøkte om kommunene var kommet i gang med det løpende oversiktsarbeidet som er lovfestet i folkehelseloven, ble det gjennomført tilsyn med 50 kommuner i 2014. Tilsynet viste at 35 av 50 kommuner har kommet i gang med å holde løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorene som kan påvirke denne. Det ble påvist lovbrudd i 15 av de undersøkte kommunene i tilsynet. I tillegg ble det ført tilsyn der kommunene gjennomførte en egenvurdering. Ledelsen i de 15 kommunene som ikke hadde kommet i gang med et løpende oversiktsarbeid, hadde ikke forankret arbeidet hos seg og ikke lagt til rette for at det kunne foregå på tvers av tjenesteområdene. Disse kommunene hadde heller ikke tatt stilling til hvilke forhold det var behov for å følge med på. I kommunene som oppfylte lovkravene viste fylkesmannens kartlegging av det løpende oversiktsarbeidet at det var stor variasjon i hvor langt selve gjennomføringen av arbeidet var kommet.

Videre gjennomførte fylkesmennene 50 planlagte tilsyn i spesialisthelsetjenesten i 2014. Det ble påvist brudd på lov- og forskriftskrav i 5 av de 7 systemrevisjonene som inngikk i det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge. Det ble i tillegg gjennomført tilsyn med andre deler av spesialisthelsetjenesten med tema som blant annet pasientforløp ved kreft, tjenester til pasienter med falltendens, og rett til nødvendig helsehjelp for pasienter under legemiddelassistert rehabilitering.

Det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge gikk over to år og ble avsluttet sommeren 2014. Tilsynet ble oppsummert i Rapport fra Statens helsetilsyn 3/2015. Tilsynet undersøkte om spesialisthelsetjenesten sik-

ret barn og unge forsvarlig psykisk helsevern. Fylkesmennene gjennomførte 23 systemrevisjoner, og egenvurderinger ble gjennomført i løpet av tilsynsperioden. Det ble avdekket lovbrudd i alle helseforetak. Flesteparten av lovbruddene gjaldt mangler knyttet til utredning og diagnostisering:

- Flertallet av helseforetakene og poliklinikkene hadde ikke god nok kontroll med tjenestene som ble gitt.
- Mange ledere fulgte for lite med på tjenestene barn og unge fikk, og uforsvarlig praksis ble ikke rettet opp.
- Selv om det fantes rutiner var de ikke alltid kjent og fulgt.
- Det var for mye opp til den enkelte behandler å vurdere hvordan arbeidet skulle gjennomføres, og med hvilken fremdrift.

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 hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

I 2014 mottok Statens helsetilsyn i alt 414 varsler etter § 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven. 48 prosent av varslene var fra psykisk helsevern og 52 prosent var fra somatisk helsetjeneste. Statens helsetilsyn utgir hvert år en rapport med eksempler, erfaringer og oppsummeringer fra Undersøkelsesenheten sitt arbeid med varslene[3].

Akuttmottak

Mange varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a omhandler svikt i håndteringen av akutte tilstander der tidsfaktoren er kritisk. I akuttmottaket sorteres og prioriteres pasienter ut fra symptombildet de har ved ankomst til sykehuset. Tilstanden kan imidlertid endre seg raskt for alvorlig syke pasienter. Manglende observasjoner og forsinket igangsetting av utredning og behandling kan føre til dårligere prognose for en rekke tilstander. Gode systemer for triagering og observasjoner i akuttmottaket, avklarte ansvarsforhold og ikke minst god kompetanse hos helsepersonell, kan bidra til å avdekke når pasienters tilstand forverrer seg og at nødvendige tiltak blir iverksatt.

[3] Statens helsetilsyn (2015): Status og erfaringer 2014 fra Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn.

Alvorlige hendelser i forbindelse med uklar funksjonsfordeling

Statens helsetilsyn ser av varslene om alvorlige hendelser at dårlig samhandling ofte er årsak til svikt i behandlingen. Samhandlingsutfordringene kan være innenfor samme avdeling, mellom avdelinger innen samme helseforetak, mellom foretak og pårørende, og også mellom ulike tjenestenivåer. Statens helsetilsyn har i 2014 hatt flere saker som handler om uklare ansvarsforhold som følge av forskjellige funksjonsfordelinger for ulike typer tilstander.

Behandling av pasienter med ADHD

Statens helsetilsyn har behandlet flere tilsynssaker som dreier seg om behandling av ADHD med for høye doseringer av sentralstimulerende legemidler. Dette er et brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven, og Statens helsetilsyn har gitt advarsler og i enkelte saker også tilbakekalt legers rett til å forskrive sentralstimulerende legemidler for å ivareta pasientsikkerheten.

Legemidler

Det skjer mange uønskede hendelser rundt bruk av legemidler. Det gjelder både legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering. Uønskede hendelser knyttet til legemiddelbruk kan relateres til at det forskrives feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner, feil dosering eller at pleiepersonell utleverer feil, administrerer feil eller ikke følger opp at pasienten faktisk tar legemiddelet. Samhandling mellom ulike aktører er en utfordring. Uønskede hendelser kan skje i mange av kommunenes tjenestetilbud, både innenfor somatikk og psykiatri, på helsestasjonen, på sykehjem, i hjemmetjenesten eller i boliger for utviklingshemmede.

Uønskede hendelser knyttet til legemidler kan også skje i spesialisthelsetjenesten. Risikoen for alvorlige legemiddelfeil er særlig stor i overgangene mellom hjemmetjenesten og institusjoner og mellom ulike institusjoner. Både varsler fra spesialisthelsetjenesten og andre tilsynssaker har for eksempel omhandlet dødsfall etter alvorlig feildosering av legemiddelet Methotrexate[4]. Dette skyldes sviktende kommunikasjon og informasjonsflyt i tjenestene.

[4] Methotrexate er en form for cellegift som blant annet brukes ved behandling av kreftsykdommer og revmatiske sykdommer.

Statens helsetilsyn behandler årlig et antall saker som gjelder legers forskrivning av vanedannende legemidler. I 2014 mistet seks leger og én tannlege retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B. I tillegg var det seks leger som ga frivillig avkall på retten til å rekvirere disse legemidlene. Brukt på en forsvarlig måte kan disse legemidlene gi god effekt ved søvnløshet, angst og smertetilstander, men det kan også utvikles skadelig bruk, ofte i kombinasjon med alkohol og/ eller illegale rusmidler og det kan utvikles avhengighet. Bruk av vanedannende legemidler kan også gi uheldige kortidseffekter slik som redusert koordinasjon, fall, redusert kognitiv funksjon og ruseffekt. Uforsvarlig og ukontrollert forskrivning truer pasientsikkerheten og kan medføre betydelig fare for liv og helse.

Pasienter/brukere som forsvinner fra bosted

Noen av tjenestemottakerne i kommunen vil på grunn av kognitiv svikt, som for eksempel demens eller annen sykdom/skade, ikke klare å orientere seg og forholde seg til omgivelsene utenfor bosted på en adekvat måte, uten bistand fra tjenesteytere. Helsetilsynet har behandlet flere tilsynssaker der tjenestemottakere har forlatt bostedet sitt og utsatt seg for fare. Tjenestene må erkjenne og forholde seg til risikoen for at dette kan skje og iverksette nødvendige tiltak for å legge best mulig til rette for å trygge tjenestemottakerne og redusere faren for alvorlige konsekvenser.

Legevakt

Tilsynssakene vedrørende legevakt kan dreie seg om faglig svikt hos helsepersonellet, svikt i kommunikasjon og samhandling internt, lang ventetid/reisetid mv. Årsakene er mange, som at pasientene er ukjente for helsepersonellet, at det må tas raske beslutninger eller at samtidighetskonflikter gjør at det må foretas raske prioriteringer.

4.2 Særskilte tema

Involvering av pasienter og pårørende

Pasienter og pårørende har fått økt uttale- og innsynsrett i tilsynssaker. Statens helsetilsyn erfarer at den økte involveringen tilfører sakene viktig og relevant informasjon. Ofte skaper den ekstra kunnskapen ytterligere nyanser som gjør at en sak fremstår annerledes og mer opplyst. Undersøkelsesenheten har fått tilbakemeldinger om at det ofte er krevende å kommunisere med helsetjenesten, og også med Helsetilsynet, fordi informasjonen som gis forutsetter fag- og systemkunnskap som pasienter og pårørende ikke kan forventes å ha. Økt involvering av pasienter og pårørende i alt tilsyn er et satsingsområde for tilsynsmyndigheten de neste årene, og det er opprettet et eget prosjekt i forbindelse med dette arbeidet.

Varslingskultur i helsetjenesten

Det er et viktig å jobbe videre med varslingskulturen i helsetjenesten. Alvorlige hendelser, hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, skal varsles. Det er stor variasjon i hva som blir varslet, og helseforetakene gir uttrykk for at det er krevende å vite hva som regnes som påregnelig risiko. Det er satt i gang et arbeid for å klargjøre kriteriene for varsling. I 2014 ble det arrangert en konferanse for somatisk helsetjeneste med erfaringsutveksling om varsling, og det ble også startet et arbeid for å klargjøre kriteriene for varsling innen psykisk helsevern. Nær alle varsler innen psykisk helsevern handler om selvmord og selvmordsforsøk.

5 Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. En av NPEs forskriftfestede oppgaver er å bidra med statistiske data til helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebyggelse. Fra 1. april 2014 er også pasientskader som skjer som følge av helsehjelp som gis i kommunale rusinstitusjoner, barneboliger og aldershjem dekket av pasientskadeloven. Når det gjelder skader på pasienter som bor i omsorgsboliger er disse også omfattet av pasientskadeloven når de mottar helsehjelp fra helsepersonell.[1] Tidligere var det bare sykehjemmene som var omfattet av ordningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I forbindelse med endring i økonomiregelverket i staten, er det fastsatt nye krav til årsrapporteringer fra og med årsrapporten for 2014. I tillegg til årsrapporten utarbeider NPE årlige rapporter som presenterer statistikk for regionale helseforetak og for privat helsetjeneste.

5.1 Hovedtrekk i årsrapporten

Antall saker meldt til NPE økte fra 5065 i 2013 til 5217 i 2014. I 2014 fikk 1504 erstatningssøkere medhold i kravet sitt, mens 3197 fikk avslag. Dette gir en medholdsandel på 32 prosent. Antallet som fikk medhold er større enn noen gang tidligere.

NPE utbetalte erstatning på i alt 1062 millioner kroner. Det er en økning på 116 millioner fra 2013, og er det høyeste erstatningsbeløpet som er utbetalt i løpet av ett år.

Tallene i seg selv sier ikke noe om det totale antallet feilbehandlinger i helsetjenesten, men gir en pekepinn på risikofaktorer som utløser pasientskader. NPE sitter på et stort datamateriale som gir et godt grunnlag for å analysere hva som går galt og som bør brukes av tjenesten og myndigheter i arbeidet med å gjøre helsetjenesten bedre.

NPE har i 2014 publisert en rapport for regionale helseforetak som viser antall saker, medhold/avslag, årsak til medhold, medisinsk område og utbetalinger i femårsperioden 2009–2013. I tillegg har NPE utarbeidet en rapport for privat helsetjeneste som viser statistikk for de første fem årene med pasientskader fra denne sektoren. Det er et siktemål at rapportene skal gi inspirasjon til forbedringsarbeid i helsetjenesten. Årsrapporten inneholder ikke hovedresultater fra statistikkrapportene, men det henvises til NPEs nettside for nærmere omtale og tilgang til rapportene[2].

I rapport for regionale helseforetak fremkommer det at NPE behandler flest saker innenfor de medisinske områdene ortopedi (37 prosent), svulster og kreftsykdommer (15 prosent), fødselshjelp og kvinnesykdommer (7 prosent), gastroenterologisk kirurgi (7 prosent) og psykiatri (5 prosent). For at en erstatningssøker skal få medhold, er hovedregelen at det må ha skjedd en skade eller svikt i helsetjenesten. Svikt i behandlingen er den hyppigste årsaken til medhold, med en andel på 55 prosent totalt sett. De fleste av disse sviktene skyldtes feil behandlingteknikk/metode, forsinket operasjon eller ikke grunnlag for operasjon/behandling. Forsinket eller feil diagnose utgjør den nest største andelen med 27 prosent. Hele 66 prosent av disse tilfellene var knyttet til at funn ikke ble fulgt opp eller manglende utredning, mens 20 prosent var knyttet til feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse.

Rapport fra NPE for privat helsetjeneste (2014) viser nøkkeltall fra privat helsetjeneste fra 2009 til 2014. NPE har mottatt 2491 saker i perioden. Antall saker har økt hvert år siden 2009 og utgjorde i 2014 11 prosent av sakene. Over halvparten av mottatte saker gjelder tannbehandling. Kirurger er den nest største helsepersonellgrup-

[1] Omsorgsboliger regnes ikke som egne hjem og ikke som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og er derfor ikke omfattet av pasientskadeloven på dette grunnlaget.

[2] Link til rapport for regionale helseforetak: http://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/Ny-rapport-med-statistikk-for-de-regionale-helseforetakene/ og privat helsetjeneste: http://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/rapporter/ph_rapport_2014_web.pdf

pen med 17 prosent. Kirurgi er hovedsakelig knyttet til de tre medisinske områdene plastikkkirurgi, ortopedi og gastroenterologisk kirurgi. Hele 74 prosent av medholdssakene i privat helsetjeneste er knyttet til svikt i behandlingen. Svikt i diagnostikk er årsak til medhold i 13 prosent av sakene, smitte eller infeksjon i 7 prosent og informasjonssvikt i 2 prosent av sakene.

5.2 Særskilte tema

NPE bidrar i pasientsikkerhetsarbeidet først og fremst ved å gjøre skadestatistikk og informasjon om læringsverdien av sakene sine tilgjengelig for helsetjenesten og -myndighetene. I 2014 opprettet NPE en stilling som fagsjef for pasientsikkerhet og statistikk for å ta dette arbeidet videre. NPE legger vekt på å opprette faste kontakter og møter med viktige aktører i helsetjenesten for å få til et samarbeid om bruk og læring av materialet. NPE har et pågående samarbeid med Helse Vest RHF. Helse Vest bruker NPE-materialet innen områdene ortopedi og trygge fødsler som en del av sitt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. I tillegg er det startet et prosjekt innen gastroenterologisk kirurgi med utgangspunkt i sakene fra NPE.

Sakene til NPE er sentrale, blant annet fordi det er pasienten selv som melder saken til NPE. I andre meldingsinstanser er det helsepersonell/virksomhet som melder fra. Det er ikke alltid det er samsvar mellom disse to. NPE har startet opp et samarbeid med flere helseforetak for å kartlegge i hvilken grad sakene der NPE har gitt pasienten erstatning også er registrert i helseforetakenes avvikssystem. NPE har også initiert en kartlegging av saker knyttet til feil eller forsinket diagnose, noe som kan gi viktig informasjon til både primær- og spesialisthelsetjenesten.

NPE har innledet et samarbeid med pasientskadeordningene i Sverige, Danmark og Finland. Formålet er å få et bilde av frekvensen av forskjellige typer skader for å identifisere områder som har forbedringspotensial.

I 2014 utarbeidet NPE en ny strategi for perioden 2015–2017. Et av delmålene i strategien er at de skal bidra til bedre pasientsikkerhet. Tilnærmingen til dette strategiske delmålet er konkretisert gjennom flere tiltak i virksomhetsplanen for 2015.

6 Kunnskapssenterets meldeordning

Helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 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 ført til betydelig personskade.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Kunnskapssenteret gir tilbakemeldinger til tjenesten med råd og forslag til videre håndtering av uønskede hendelser. Det er virksomhetene selv som har ansvar for å følge opp og bruke hendelsene til læring og forbedring slik at pasientsikkerheten bedres.

Kunnskapssenteret ved meldeordningen gir svar på mottatte enkeltmeldinger og har i 2014 publisert tre læringsnotater som er distribuert 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.

Meldeordningen ble evaluert av SINTEF helse i 2014. Evalueringen viste blant annet at det er blitt enklere å melde og at ordningen har ført til større oppmerksomhet om meldekultur og læring. Nytteverdien av læringsnotater ble vurdert som langt høyere enn tilbakemeldinger på enkeltmeldinger. Meldeordningen er i gang med å følge opp evalueringen ved å publisere flere læringsnotater og å videreutvikle den faglige tilbakemeldingen på de innkomne meldingene. Evalueringsrapporten inngår også i kunnskapsgrunnlaget til Arianson-utvalget.

Som følge av omorganiseringen av den sentrale helseforvaltningen flyttes meldeordningen til Helsedirektoratet fra og med 2016.

6.1 Hovedtrekk i årsrapporten

Meldeordningen mottok 9536 meldinger i 2014. Dette er like mange meldinger som i 2013. Av disse er 8063 (87 prosent) av hendelsene klassifisert med utgangspunkt i WHOs rammeverk for klassifisering av uønskede hendelser. Antall meldinger sier noe om en institusjons evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke nødvendigvis forekomst av uønskede hendelser. Antall meldinger kan heller ikke brukes til å si noe om kvaliteten på forskjellige virksomheter siden antall uønskede hendelser også påvirkes av virksomhetens størrelse, type, pasientgrunnlag og behandlingsnivå.

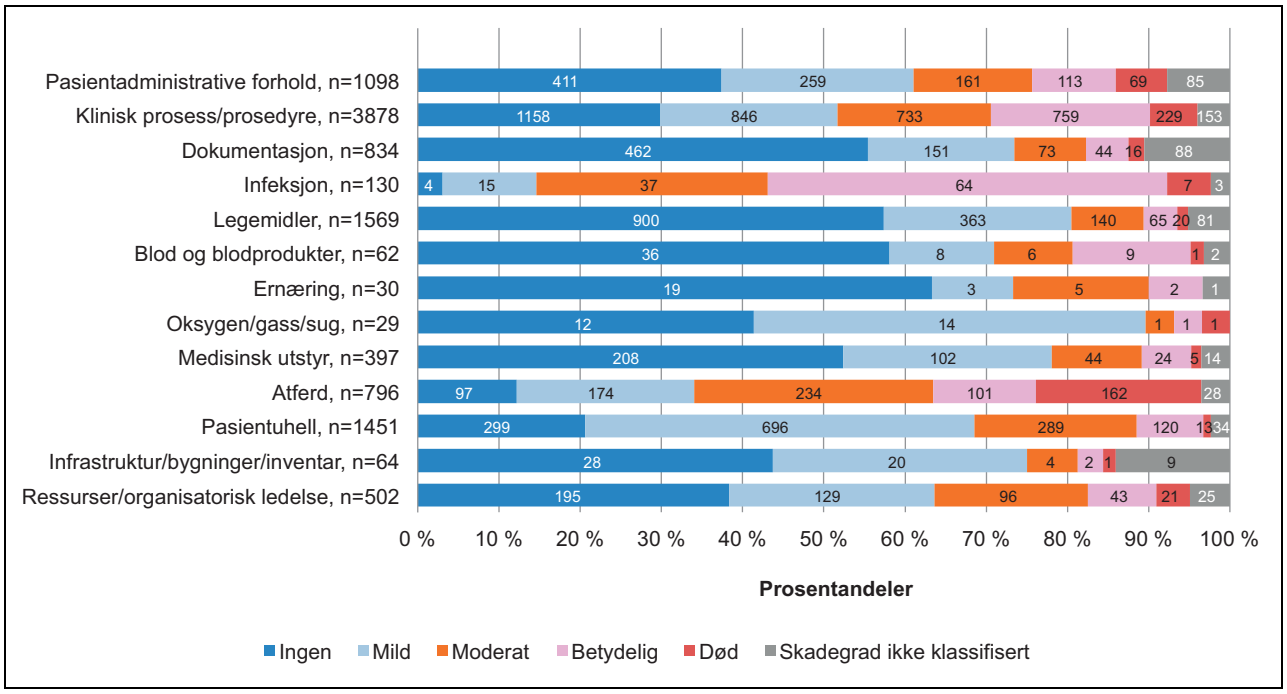
I 19 prosent av meldingene var hendelsene assosiert med betydelig personskade eller død. Av disse var det 137 selvmord. I 34 prosent av hendelsene var det ikke registrert skade på pasient, mens de resterende hendelsene førte til mild eller moderat skade på pasient. Alle innmeldte hendelser er potensielt alvorlige, og i et læringsperspektiv er alle meldinger viktige.

Figur 6.1 viser fordeling av de klassifiserte hendelsene i hendelsestyper og alvorlighetsgrad for skade på pasient, med antall hendelser angitt i de respektive felt for alvorlighetsgrad. Hendelsene er i gjennomsnitt klassifisert i 1,3 hendelsestyper. Derfor overstiger summen av hendelsene i de ulike kategoriene antall hendelser totalt.

Figuren viser at hendelser knyttet til *Kliniske prosesser/prosedyrer* forekom hyppigst, deretter følger kategoriene *Legemidler* og *Pasientuhell*. *Pasientadministrative forhold* var også en hyppig forekommende kategori.

Oppsummering av meldinger mottatt i 2014

- Svikt knyttet til klinisk prosess/prosedyre utgjorde hele 48 prosent av de klassifiserte hendelsene (3878 meldinger). Den største undergruppen var knyttet til svikt ved utførelse av prosedyre, behandling og intervensjon (2546 meldinger). Hovedområder for avvik var:
  - Retningslinjer/prosedyrer ikke fulgt (n=1031). Blant disse var det 227 hendelser



Figur 6.1 Alvorlighetsgrad for skade på pasient i de ulike hendelsestypene. N=8063

med betydelig pasientskade og 49 hendelser der pasienten døde.

- Forsinket behandling (n=596). Mange av disse beskrev at lege ikke ble tilkalt på grunn av manglende forståelse av alvorlighetsgrad eller at lege ikke var tilgjengelig på grunn av samtidighetskonflikter.
- Feil ved utført prosedyre var beskrevet i 561 meldinger. Ofte var dette hendelser der viktig pasientinformasjon ikke var tilgjengelig ved behandlingstidspunktet.
- Videre var det i 670 meldinger registrert problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasienter. Dette var hovedsakelig hendelser der det var:
  - Kapasitetsproblemer for å få utført klinisk undersøkelse
  - Kapasitetsproblemer ved undersøkelsesenheter (radiologi, patologi)
  - Svikt i administrative rutiner for oppfølging av prøver og undersøkelser.

- 1569 hendelser gjaldt legemiddelhendelser. Feil ved utdeling av legemidler forekom hyppigst (n=1091), hovedsakelig gjaldt dette at det ble gitt feil legemiddel eller det ble gitt legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens.
- 1451 hendelser gjelder pasientuhell hvorav 1347 hendelser gjaldt fall; oftest fra seng eller toalett. Mange meldinger beskrev utfordringer med å kunne utføre fallforebyggende tiltak i en travel hverdag eller at fallreduserende utstyr ikke var tilgjengelig (for eksempel anti-skli-matte, fallmatte og sengehest). Mange meldinger beskrev at bremser ikke var satt på (på seng, rullestol, båre, rullator) og at dette forårsaket fallet.
- Svikt i pasientadministrasjon var beskrevet i 1098 meldinger. Av disse var det 186 hendelser med betydelig skade og 75 hendelser der pasienten døde. Det var to hovedområder for svikt:
  - Feil ved overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar mellom avdelinger og mellom institusjoner (n=454)
  - Forsinket respons på akuttsituasjoner (n=233).

Et fellestrekk var at problemer vedrørende kommunikasjon, informasjonsflyt og IKT-løsninger har vært bidragende faktorer til at hendelsene skjedde.

Kunnskapssenteret påpeker i sin årsrapport at forbedring av dokumentasjons- og informasjonsprosesser synes å være et viktig innsatsområde for økt pasientsikkerhet. Uønskede hendelser i slike prosesser var beskrevet i 834 meldinger, men var bidragende faktor i langt flere hendelser. Kurveføring[1] synes å være det området med

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

størst forbedringspotensial for økt pasientsikkerhet, særlig for uønskede legemiddelhendelser.

6.2 Særskilte tema

Meldeordningen har publisert tre læringsnotater i 2014 med følgende titler:

- Varmetiltak kan gi brannskade
- Uønskede pasienthendelser i sykehus knyttet til manglende oppfølging av prøver og undersøkelser
- Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid.

Årsmeldingen er publisert på Kunnskapssenterets hjemmeside[2], og inneholder utdypende læringsinformasjon om de ulike hendelsestypene.

[2] http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/arsrapport-2013-for-meldeordningen-for-uonskede-hendelser-i-spesialisthelsetjenesten

7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Kvalitetsindikatorene har flere formål. De gir pasienter og pårørende et grunnlag for å kunne ta kvalifiserte og informerte valg, de gir offentligheten informasjon om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og benyttes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring. Det er et overordnet mål å utvikle kvalitetsindikatorsystemet til å bli et bærekraftig og helsepolitisk relevant system for realistiske sammenligninger på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

Helsedirektoratet fikk fra januar 2012 et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for hele helse- og omsorgstjenesten. Som en videreutvikling av kvalitetsindikatorsystemet, ble det i 2014 utarbeidet en tre-årig handlingsplan med følgende visjon: *Vise kvaliteten i en helse – og omsorgstjeneste i utvikling.* Handlingsplanen med 20 konkrete tiltak er tilgjengelig på helsedirektoratet.no.[1]

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer økte fra 54 indikatorer i 2013 til 66 i 2014. De nasjonale kvalitetsindikatorene fordeler seg på områdene somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern, rus og kommunale helse- og omsorgstjenester. 49 av de 66 indikatorene er for spesialisthelsetjenesten. Kvalitetsindikatorene dekker svært få fagområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og noen flere, men langt fra alle i spesialisthelsetjenesten. Antall publiseringer av kvalitetsindikatorer på helsenorge.no økte fra tre i 2013 til fire i 2014.

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Formålet er å få mer oppmerksomhet om kvalitet og kvalitetsarbeid, og innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse på kvalitetsindikatorer. Forsøksordningen evalueres i 2015 i regi av Helsedirektoratet.

Utfordringene ved å utvikle og publisere kvalitetsindikatorer er først og fremst knyttet til mangel på data innenfor en rekke områder og varierende datakvalitet i de kildene som finnes. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal så langt det er mulig, benytte seg av eksisterende registre og datakilder. I dag foreligger det ikke et entydig kodeverk på alle fagområder, og vi har utfordringer med enhetlig forståelse og bruk av kodeverk, noe som påvirker registreringspraksis i tjenesten. Det kan mangle rapportering fra enkelte behandlingssteder og det kan være mangelfull rapportering.

I tillegg er innsamling og kvalitetssikring av data tidkrevende. Mange av registrene og datakildene er ikke er i stand til å levere data før en god stund etter at dataene er samlet inn. Noen kilder samler dessuten inn data kun årlig. Resultatene av indikatorene kan derfor ofte oppleves å ha relativt liten aktualitet.

7.1 Resultater

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som til sammen skal si noe om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten[2] beskriver en helsetjeneste av god kvalitet som:

- 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.

I det følgende gis en samlet presentasjon av overordnede resultater fra alle nasjonale kvalitetsindikatorer fra det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet fra 2014. De nasjonale kvalitetsindikatorene er gruppert i tråd med kvalitetsdimensjonen i kvalitetsstrategien, men en kvalitetsindikator kan godt plasseres under flere dimensjoner. De fleste resultatene i denne analysen er beregnet med utgangspunkt i data fra 2014, sammenliknet med data for 2013. Det betyr at et positivt resultat først og fremst er uttrykk for en god

[1] Treårig handlingsplan 2014-2017 for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

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

utvikling fra 2013 til 2014 og viser ikke nødvendigvis grad av måloppnåelse. For enkelte indikatorer er resultater for 2014 ikke tilgjengelig før mot slutten av 2015 eller begynnelsen av 2016. For disse indikatorene er resultater fra 2013 benyttet, og der vi har data for tidligere perioder, er disse resultatene sammenliknet med resultater for 2012 eller tidligere.

Virkningsfulle		
	Kvalitetsindikatorer	*Kommentar*
😐	30-dagers overlevelse sykehusinnleggelse uansett årsak	Helse Sør-Øst er signifikant dårligere enn referanseverdien[1]
😐	30-dagers overlevelse ved hoftebrudd	Helse Vest har en signifikant bedre overlevelse enn referanseverdien, og Helse Sør-Øst har en signifikant dårligere overlevelse enn referanseverdien.[1]
☺	30-dagers overlevelse ved hjerteinfarkt	Svak positiv utvikling fra 2012 til 2013. Ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene.[1]
😐	30-dagers overlevelse ved hjerneslag	Helse Sør -Øst er signifikant dårligere enn referanseverdien.[1]
😐	5 års overlevelse etter tykktarmskreft	Stabilt nivå over tid på landsbasis, noe høyre sannsynlighet for overlevelse blant kvinner.
☺	5 års overlevelse etter endetarmskreft	En positiv økning i sannsynligheten for overlevelse blant menn fra 2009 til 2013 på landsbasis, og et stabilt nivå for kvinner over tid.
☺	5 års overlevelse etter lungekreft	Lav sannsynlighet for overlevelse for både kvinner og menn, men det har vært en positiv økning i sannsynligheten fra 2009 til 2013 på landsbasis.
☺	5 års overlevelse etter brystkreft	Stabil høy sannsynlighet over tid på landsbasis.
☺	5 års overlevelse etter prostatakreft	Positiv utvikling fra 2009 til 2012 på landsbasis. Stabilt høyt nivå fra 2012 til 2013.

Figur 7.1 Resultater for samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer 2014

Følgende ligger til grunn for vurderingen av resultatene i figurene:
Grønn: Positiv utvikling eller godt resultat.
Gul: Stabil utvikling eller ingen utvikling.
Rød: Negativ utvikling eller langt unna oppsatte mål.

[1] Basert på data fra 2013 på RHF nivå – se Kunnskapssenteret sin rapport http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-ved-norske-sykehus-for-2013

Trygge og sikre		
	Kvalitetsindikatorer	*Kommentar*
☺	Sykehusinfeksjoner	Positiv utvikling over tid på landsbasis.
☺	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter innsetting av totalprotese (hofte)	Stabilt høyt nivå for 2. og 3. tertial 2014 på landsbasis. Liten forskjell mellom regionene.
☺	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter innsetting av hemiprotese (hofte)	Svak positiv utvikling fra 2. tertial 2014 til 3. tertial 2014 på landsbasis.
☺	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter aortakoronar bypass	Stabilt høyt nivå for 2. og 3. tertial 2014 på landsbasis.
😐	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter fjerning av galleblære	Stabilt nivå for 2. og 3. tertial 2014 på landsbasis. Stor variasjon blant regionene.
☺	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter koloninngrep	Stabilt høyt nivå for 2. og 3. tertial 2014 på landsbasis.
😐	30 dagers oppfølging av infeksjonsstatus etter utført keisersnitt	Stabilt nivå for 2. og 3. tertial 2014 på landsbasis.
☺	Epikrisetid ved utskriving (Somatikk)	Positiv utvikling over tid. Andelen epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste har økt fra 2011 til 2014 på landsbasis.
☺	Epikrisetid ved utskrivning fra døgnbehandling i Psykisk helsevern, voksne (PHV)	Positiv ut vikling over tid. Andelen epikriser sendt innen 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra PHV har økt fra 2011 til 2014 på landsbasis.
😐	Epikrisetid ved utskrivning fra døgnbehandling i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Positiv utvikling fra 2011 til 2013 på landsbasis, men en nedgang fra 2013 til 2014 i andelen epikriser sendt innen både 1 dag og 7 dager etter utskrivning fra TSB.
☺	Fødselsrifter	Svak positiv nedgang over tid. På landsbasis oppsto det fødselsrifter av grad 3 og 4 i 2,5 % av alle vaginale fødsler (både med og uten bruk av instrumenter) i 2009, mens andelen har gått ned til 1,9 % i 2013.
☺	Trombolysebehandling	Andelen pasienter som får trombolysebehandling har økt fra 2013 til 2014 på landsbasis for alle helseregioner, unntatt Helse Sør-Øst som har hatt en liten nedgang.
☺	Lårhalsbrudd operert innen 24 timer og 48 timer	Positiv utvikling fra 2013 til 2014 på landsbasis. En svært høy andel pasienter får operert lårhalsbrudd innen 48 timer.
☺	Registrering av hovedtilstand, psykisk helsevern barn og unge (PHBU)	Positiv utvikling over tid fra 75,8 % av pasientene registrert med hoveddiagnose i 2011 til 89,6 % i 2014 på landsbasis.
😐	Registrering av hovedtilstand, PHV	Stabilt høyt nivå over tid på landsbasis.
😐	Registrering av hovedtilstand, TSB	Stabilt høyt nivå over tid på landsbasis.
☺	Henvisningsformalitet ved henvisning til PHV	Positiv utvikling i 2014 på landsbasis med en økning i andel nye henvisninger med registrert henvisningsformalitet. Kun 2014-tall publisert på helsenorge.no.
😐	Tvangsinnleggelser i PHV	Andel tvangsinnleggelser har vært på et stabilt nivå de siste to årene på landsbasis.
☺	Forekomst av antibiotikabehandling	Antallet utskrevne resepter med antibiotika per 1000 innbyggere per år har gått ned de siste fem årene på landsbasis.
☺	Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos barn, 0 -9 år	Svak positiv utvikling de siste årene med økt andel resepter for fenoksymetylpenicillin av alle resepter med luftveisantibiotika på landsbasis.
☺	Antibiotikabehandling ved luftveisinfeksjon hos befolkningen, 10 -79 år	Svak positiv utvikling de siste årene med økt andel resepter for fenoksymetylpenicillin av alle resepter med luftveisantibiotika på landsbasis.
😐	Antibiotikabehandling ved urinveisinfeksjoner hos kvinner, 20-79 år	Relativt stabilt nivå de siste fem årene på landsbasis, med en svak positiv utvikling fra 2012 til 2014 på landsbasis.
☹	Kompetanse i kommunalt rusarbeid	Nedgang fra 2012 til 2013 på landsbasis, fra 71 % årsverk innen kommunalt rusarbeid med relevant høyskole/universitetsutdannelse per 1000 innbyggere til 65 % i 2013.
😐	Kompetanse i psykisk helsearbeid	Stabilt nivå på landsbasis de siste årene, men stor variasjon blant fylkene.

Figur 7.2 Resultater for samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer 2014

Samordnet og preget av kontinuitet		
	Kvalitetsindikatorer	*Kommentar*
😐	Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning	Ingen signifikante forskjeller mellom helseregionene. Kun data fra 2012 og 2013 som er publisert på helsenorge.no.[1]
😐	Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning per kommune	Troms og Opland har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse enn referanseverdien, mens Hordaland, Østfold, Nord-Trøndelag og Oslo har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Det er store variasjoner blant kommunene. Kun publisert data for 2013.[2]
☹	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for lungebetennelse	Helse Vest har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.[3]
😐	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjerneslag	Helse Nord og Helse Sør-Øst har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Helse Vest har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.[3]
😐	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjertesvikt	Helse Nord har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Helse Midt-Norge har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.[3]
😐	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for brudd	Helse Midt-Norge har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Helse Sør-Øst har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.[3]
☺	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for astma/kols	Helse Nord har signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelse. Kun publisert data for 2013.[3]
☺	Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen fristbrudd har gått ned fra 15,2 % til 2,7 %.
☺	Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHBU	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
☺	Fristbrudd f or pasienter som har påbegynt behandling i PHV	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen fristbrudd har gått ned fra 8,5 % til 2,8 %.
☺	Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHV	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
☺	Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen fristbrudd har gått ned fra 9,8 % til 3,8 %.
☹	Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i TSB	Andelen fristbrudd har økt fra 3. tertial 2012 til 3. tertial 2014 på landsbasis.
☺	Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp i somatisk helsetjeneste	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis, andelen fristbrudd har gått ned fra 11,7 % til 5,5 %.
☺	Fristbrudd for pasienter på venteliste i somatisk helsetjeneste	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
😐	Fastlegers erfaring med distriktpsykiatriske sentre (DPS)	Resultatene i denne undersøkelsen viser en positiv utvikling på nasjonalt nivå, men det går langsomt. På et område, henvisninger, er det statistisk signifikant tilbakegang. Kun data for 2011 og 2014 er publisert på helsenorge.no
☺	Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i PHV	Positiv utvikling de siste årene på landsbasis.
☺	Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i TSB	Positiv utvikling de siste årene på landsbasis.
😐	Brudd på vurderingsgarantien i somatisk helsetjeneste	Svak negativ utvikling fra 2012 på landsbasis, men lav andel fristbrudd.
☺	Barne - og ungdomsgarantien, andel vurdert innen 10 dager	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
☺	Barne - og ungdomsgarantien, andel startet helsehjelp innen 65 dager	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
☺	Utsettelse av planlagt operasjon	Positiv utvikling fra 2011 til 2014 på landsbasis.
☹	Startet behandling av brystkreft innen 20 arbeidsdager (Utgått fra 27.08.15)	Nedgang i andelen som har startet behandling av brystkreft innen 20 arbeidsdager fra 2012 til 2014 på landsbasis, fra 66,8 % til 55 %.
😐	Startet behandling av lungekreft innen 20 arbeidsdager (Utgått fra 27.08.15)	Relativt stabilt over tid, med en svak nedgang fra 2010 på landsbasis.
😐	Startet behandling for tykktarmskreft innen 20 arbeidsdager (Utgått fra 27.08.15)	Relativt stabilt over tid, med en svak nedgang fra 2010 på landsbasis.
😐	Individuell plan for barnehabilitering	Stabilt nivå på landsbasis de siste to årene.
☹	Individuell plan ved diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne	Svak negativ utvikling over tid. Andelen voksne med schizofreni som har fått individuell plan i PHV har gått ned fra 36,3 % i 2011 til 31,1 % i 2014 på landsbasis.

Figur 7.3 Resultater for samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer 2014

1 Basert på data fra 2013 på RHF nivå – se Kunnskapssenterets rapport http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-ved-norske-sykehus-for-2013

2 Basert på data fra 2011–2013 på fylkesnivå – se Kunnskapssenterets rapport: http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/hver-syvende-eldre-blir-lagt-inn-igjen-i-sykehus

3 Basert på data fra 2011–2013 på RHF nivå – se Kunnskapssenterets rapport: http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-reinnleggelse-av-eldre-20112013.resultater-for-sykehus-og-kommuner

Involvere bruker og gi innflytelse		
	Kvalitetsindikatorer	*Kommentar*
☺	Pasienterfaringer ved somatiske sykehus	Generelt positiv utvikling over tid på landsbasis, der pårørende, pleiepersonellet og legene scorer høyest, og utskrivning og samhandling scorer lavest.
☺	Brukererfaringer ved fødsel og barselomsorgen	Positive erfaringer ved alle indekser, der spørsmål om barseloppholdet får lavest score og spørsmål om fødeavdelingen får høyest score på landsbasis. Det foreligger kun data for 2012 publisert på helsenorge.no.
☺	Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (PHBU)	Positiv utvikling fra 2012 til 2014 på andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no på landsbasis.
☺	Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (PHV)	Positiv utvikling fra 2012 til 2014 på andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no på landsbasis.
☺	Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (TSB)	Positiv utvikling fra 2012 til 2014 på andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no på landsbasis.
😐	Oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no (fysisk helse)	Økning i andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no fra 2013 til 2014 på landsbasis. Andelen gikk ned fra 2012 til 2013.

Figur 7.4 Resultater for samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer 2014

Utnytte ressurser		
	Kvalitetsindikatorer	*Kommentar*
😐	Keisersnitt	Andelen akutte og planlagte keisersnitt har vært på et stabilt nivå på landsbasis de siste årene, med lavest andel akutte og planlagte keisersnitt i Helse Vest.
😐	Amputasjoner blant diabetespasienter	Stabilt over tid på landsbasis.
☺	Korridorpasienter	Nedgang i andel pasienter plassert på korridor fra 2011 til 2014 på landsbasis. Fortsatt noe variasjon mellom helseregionene, der Helse Midt-Norge har lavest andel pasienter plassert på korridor.
😐	Sykefravær blant ansatte innen pleie- og omsorgstjenesten	Stabil utvikling over tid for andelen egenmeldt sykefravær og andelen legemeldt sykefravær, men med en marginal økning fra 2013 til 2014 på landsbasis.
☺	Tanntilstand for 12-åringer med mest karies	Gjennomsnittlig antall tenner med hull, fyllinger eller tenner som er trukket på grunn av karies har gått ned de siste årene for den tredjedelen av 12-åringer med dårligst tanntilstand på landsbasis.
☺	Andel undersøkte 18-åringer med dårligst tanntilstand	Andelen av undersøkte eller behandlede 18-åringer med ni eller flere tenner med hull, fyllinger eller tenner som er trukket på grunn av karies har gått ned de siste årene på landsbasis.

Figur 7.5 Resultater for samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer 2014

Tilgjengelig og rettferdig fordelt		
	Kvalitetsindikatorer	*Kommentar*
☺	Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU.	Positiv utvikling over tid, fra gjennomsnittlig ventetid på 59,5 dager i 2011 til 50,9 dager i 2014 på landsbasis.
😐	Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV	Stabilt nivå på landsbasis de siste årene.
☺	Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i TSB	Positiv utvikling over tid, fra gjennomsnittlig ventetid på 71,8 dager i 2011 til 55,2 dager i 2014 på landsbasis.
☺	Gjennomsnittlig ventetid i somatisk helsetjeneste	Svak positiv utvikling over tid, fra gjennomsnittlig ventetid på 77,6 dager i 2011 til 73,9 dager i 2014 på landsbasis.
😐	Andel personell med fagutdanning i sykehjem	Stabilt på landsbasis, men store forskjeller mellom fylker og kommuner.
☺	Andel brukere med tilpasset enerom	Positiv utvikling over tid fra 63,3 % i 2007 til 81,2 % på landsbasis i 2014, men store forskjeller mellom fylker og kommuner.
☺	Andel legetimer per uke per beboer i sykehjem	Positiv utvikling over tid, og med jevn økning frem til 2007 på landsbasis. Noe variasjon mellom fylker, fra 0,36 i Hedmark til 0,66 i Østfold.
😐	Antall innbyggere per tannlege	Stabilt antall over tid på landsbasis.
☺	Antall innbyggere per tannlegespesialist	Nedgang i antall innbyggere per tannlegespesialist de siste årene på landsbasis.
😐	Antall innbyggere per tannpleier	Stabilt antall over tid på landsbasis.
☺	Andel undersøkte 18-åringer uten karies	Økning i andelen undersøkte 18-åringer uten karies de siste årene på landsbasis.
☺	Pakkeforløp for kreft (ny indikator i 2015)	Andel pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft gjennomført innen normert forløpstid er godt over målsetningen på 70 prosent for 1. tertial 2015 på landsbasis og for alle regionene.
😐	Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for kreft (ny indikator i 2015)	Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft var på 57,6 prosent for 1. tertial 2015 på landsbasis. Målet er at 70 prosent av alle pasientene inkluderes i et pakkeforløp for kreft.

Figur 7.6 Resultater for samtlige nasjonale kvalitetsindikatorer 2014

Hvis det over tid observeres at sektoren ikke klarer å nå ambisjonen som er gitt gjennom politiske føringer, lover og forskrifter, kan de nasjonale kvalitetsindikatorene fungere som et verktøy for å gå i dialog med sektoren om hvilke tiltak som må iverksettes.

Et eksempel på dette er andel pasienter som får startet behandling for kreft innen 20 dager. Resultatene har vært stabile gjennom hele perioden 2011–2013, men med avvik fra måloppnåelse. Pakkeforløp for kreft er under implementering i 2015. De nasjonale kvalitetsindikatorene som i dag måler andel kreftpasienter som har startet behandling innen 20 arbeidsdager, er derfor erstattet med andel pakkeforløp gjennomført innen normert tid og andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp.

Disse to nye kvalitetsindikatorene måler implementeringen av pakkeforløp for kreft. Måloppnåelsen i implementeringsfasen var svært god, samtidig som vi må ta forbehold ved datakvalitet. Blant annet så inngår ikke, av medisinske årsaker, alle pasientene i pakkeforløp:

- På landsbasis er 77,7 prosent av pakkeforløpene for lunge-, bryst-, prostata-, tykk- og endetarmskreft gjennomført innen standard forløpstid i 1. tertial 2015. Målet er 70 prosent i løpet av 2015.
- På landsbasis er 57,6 prosent av nye kreftpasienter med lunge-, bryst-, prostata-, tykk- eller endetarmskreft registrert i et pakkeforløp i 1. tertial 2015. Målet er 70 prosent i løpet av 2015.

7.1.1 En «pakke» av kvalitetsindikatorer

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som sier noe om strukturer, prosesser og resultater, og til sammen skal de si noe om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Ved å etablere en «pakke» av kvalitetsindikatorer vil vi kunne gi et mer samlet bilde av kvaliteten på helsetjenesten innenfor et fagområde. Vi kan eksempelvis se resultat på behandling, tilgjengeligheten på helsetjenesten, behandlingsforløp og brukeropplevelse i et helhetsperspektiv innen de fleste fagområder.

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet inneholder fire kvalitetsindikatorer som gjelder fødsel og barselomsorg. Dette er det nærmeste vi kommer en «pakke» av indikatorer i dag innenfor et fagområde:

- Andel alvorlige fødselsrifter (grad 3 og 4) (Dataleverandør: Medisinsk fødselsregister)
- Andel keisersnitt (Dataleverandør: Norsk pasientregister)
- Kvinners erfaringer med fødsels- og svangerskapsomsorgen (Dataleverandør: Kunnskapssenteret)
- Andel pasienter med oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført keisersnitt (Dataleverandør: Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner)

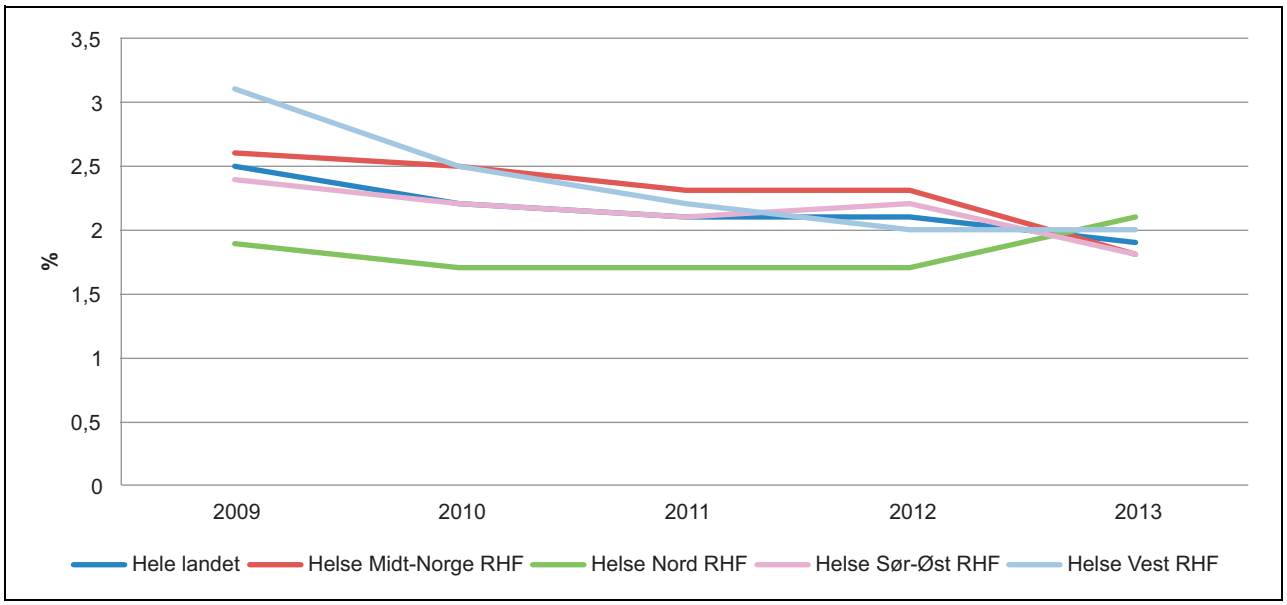
Brukerundersøkelsen for fødsel og barselomsorgen fra 2012 viser at Helse Vest skiller seg negativt ut. Samtidig skiller Helse Vest seg positivt ut med markant lavere andel keisersnitt i perioden 2011 til 2012, og med en positiv utvikling i andel fødselsrifter som lå under gjennomsnittet for landet i 2012. Vi ser derfor at det ikke er en selvfølge at en slik positiv utviklig medfører at pasienter og brukere har en god opplevelse av dem. Utviklingen fra 2012 viser at Helse Vest fortsatt har lav andel keisersnitt, men andel fødselsrifter har økt noe fra 2012 til 2013. Selv med lav andel keisersnitt har Helse Vest også den laveste andelen pasienter med oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter keisersnitt for 3. tertial 2014.

Fødselsrifter[3]

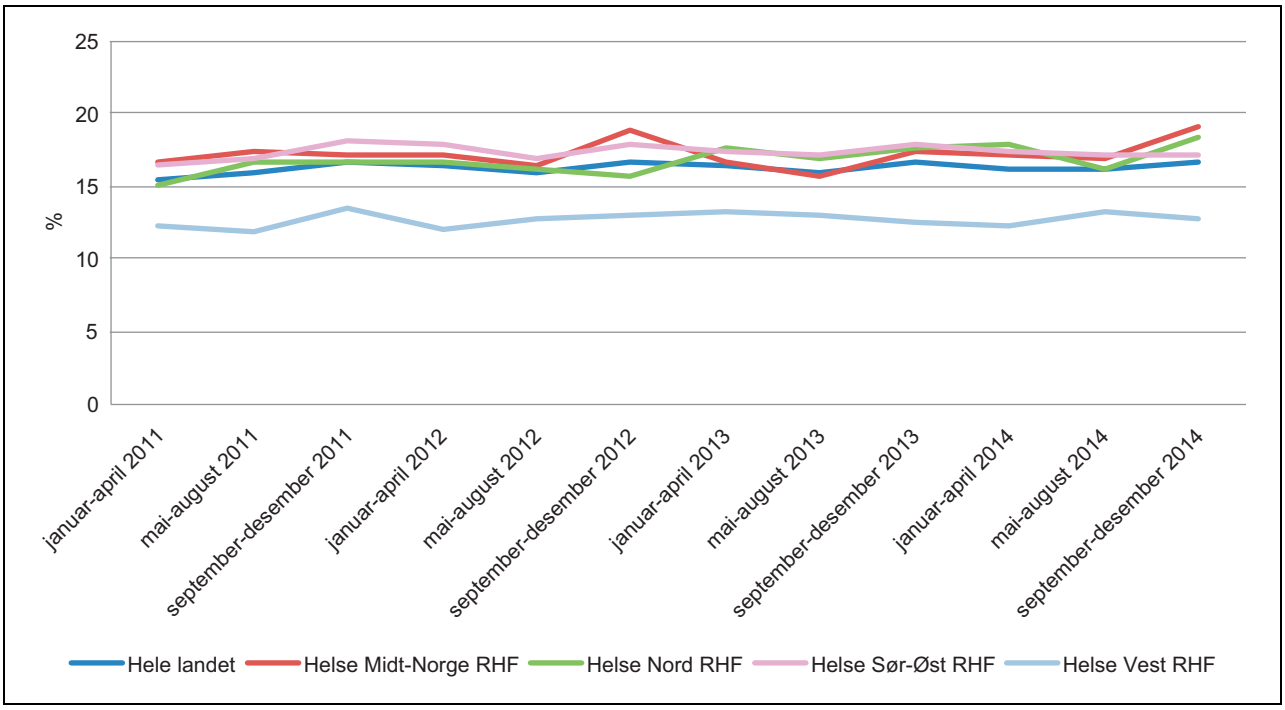
På landsbasis i 2012 oppstod det 2,1 prosent fødselsrifter av grad 3 og 4 sett alle fødsler under ett, som er uendret fra 2011. Helse Nord skiller seg ut fra de andre regionene, med lavest andel på 1,7 prosent og uendret fra 2011. Helse Midt-Norge (2,3 prosent) og Helse Sør-Øst (2,2 prosent) ligger stabilt og på tilnærmet samme nivå som i 2011. Helse Vest med 2,0 prosent i 2012 er en svak nedgang fra 2,2 prosent i 2011.

På landsbasis i 2013 oppstod det 1,9 prosent fødselsrifter av grad 3 og 4 sett alle fødsler under ett. Variasjonen mellom regionene er liten som en følge av at Helse Vest ligger stabilt, Helse Nord har negativ utvikling, og Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst har en positiv utvikling.

[3] Her har vi resultater fra 2013. Neste publisering er februar 2016, med oppdaterte tall fra 2014.



Figur 7.7 Andel fødsler med fødselsrifter grad 3 og 4 blant alle vaginale fødsler.



Figur 7.8 Andel fødsler med keisersnitt

Keisersnitt

På landsbasis hadde 16,3 prosent av gravide gjennomført keisersnitt i 2013, som er stabilt fra 16,3 prosent i 2012. Helse Vest skiller seg ut fra de andre regionene, med lavest andel på 12,9 prosent i 2013. For 2014 hadde 16,4 prosent av gravide gjennomført keisersnitt i 2014, som er stabilt fra tidligere år. Helseregionene ligger tilnærmet stabilt fra 2013 til 2014.

Kvinners erfaringer med fødsels- og svangerskapsomsorgen[4]

Kvinner 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.

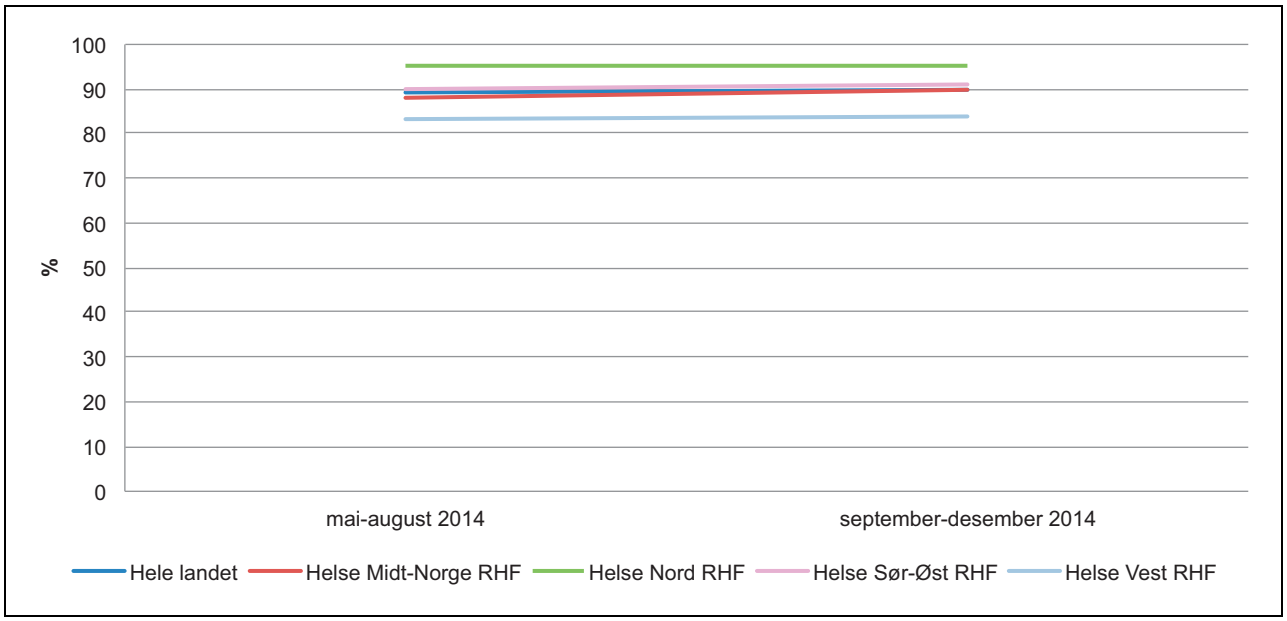
Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført keisersnitt

Dette er en ny indikator i 2015, og det finnes kun data for 2. og 3. tertial 2014 publisert på helsenorge.no. På landsbasis fikk 90 prosent pasienter oppfølging av infeksjonsstatus innen 30 dager

[4] Her har vi kun oppdaterte tall fra 2012. Brukerundersøkelsen er ikke utført etter 2012.

Tabell 7.1 Kvinners erfaring med fødsels- og svangerskapsomsorgen.

	Skår på den enkelte indeksen							
	Relasjonen til personalet på fødeavdelingen	Rammer og organisering på fødeavdelingen	Ivaretakelse av partneren på fødeavdelingen	Relasjonen til personalet under barseloppholdet	Informasjon om kvinnens helse under barseloppholdet	Informasjon om barnet under barseloppholdet	Rammer og organisering under barseloppholdet	Ivaretakelse av partneren under barseloppholdet
Helse Sør-Øst RHF	82	77	85	77	58	67	66	75
Helse Vest RHF	78	73	81	73	56	64	61	65
Helse Midt-Norge RHF	81	76	85	81	62	70	72	80
Helse Nord RHF	80	75	83	78	56	67	66	72
Nasjonale resultater	80	75	84	76	58	66	65	73



Figur 7.9 Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført keisersnitt

etter utført keisersnitt i 3. tertial 2014. Helse Sør-Øst har en oppfølgingsprosent på 91 prosent. Helse Vest har lavest oppfølgingsprosent på 84 prosent i 3. tertial 2014. Helse Nord 95 prosent og Helse Midt-Norge 90 prosent.

7.1.2 Forskjeller, variasjon og forbedringer over tid

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvem pasienten er og hvor i landet man befinner seg. Forskjeller i praksis og utførelse av helsetjenester over tid kan derfor gi en indikasjon på at pasientene ikke mottar et likeverdig tilbud, og at behandlingstilbudet varierer i urimelig grad mellom behandlingssteder. Nasjonale kvalitetsindikatorer kan bidra til å vise forskjeller i praksis over tid. Eksempler på nasjonale kvalitetsindikatorer der vi ser betydelige forskjeller over tid, er andel pasienter som mottar trombolysebehandling ved hjerneslag og andel keisersnitt for fødende kvinner. Geografiske utfordringer, som for eksempel avstand mellom behandlingssteder eller forskjeller i pasientsammensetningen, kan være faktorer som kan bidra til å forklare variasjon mellom behandlingssteder. Det bør likevel følges opp hvorvidt forskjellene mellom behandlingssteder er reelle forskjeller i praksis og utførelse av helsetjenester, eller om de kan forklares av andre årsaker.

I det følgende presenteres flere eksempler på fagområder der vi ved hjelp av kvalitetsindikatorer ser betydelige forskjeller over tid, generelt dårlig resultat fra måltall, liten forbedring over tid og ikke minst god utvikling over tid. Det bør her stilles spørsmål ved om det er ønskelig at slike forskjeller i praksis over tid skal forekomme. Videre bør vi lære av erfaringer virksomhetene gjør seg, der vi ser en god utvikling over tid.

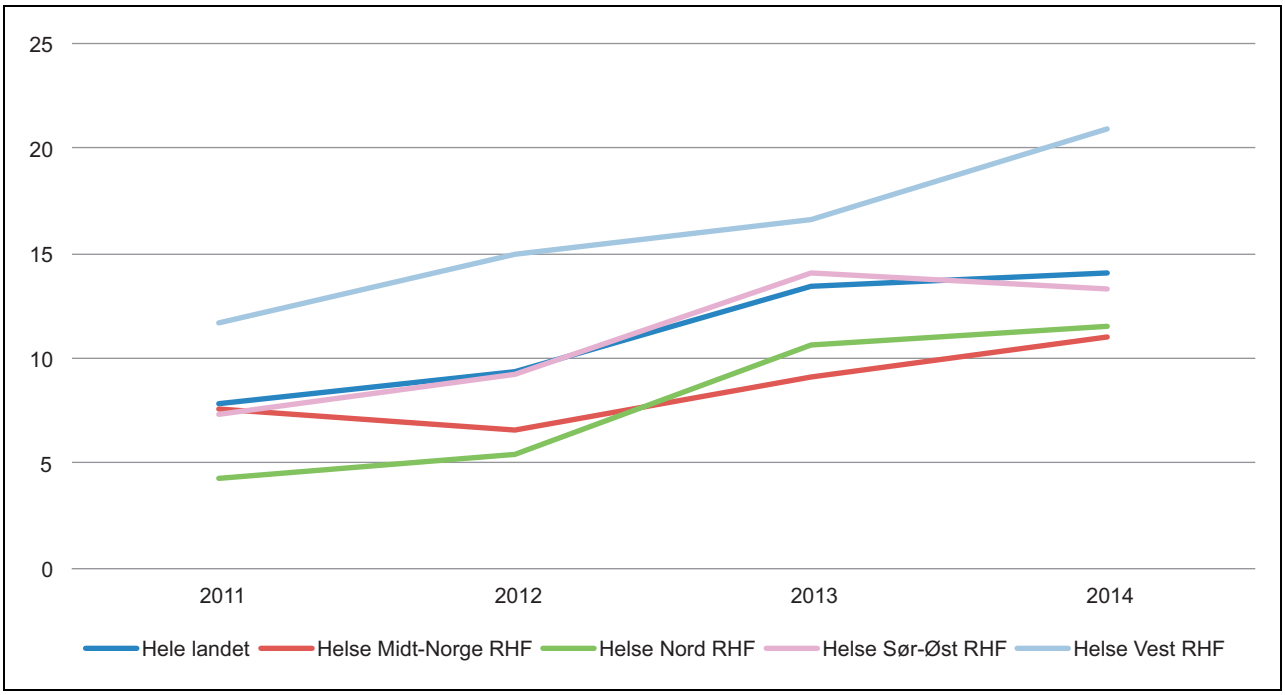
Pasienter med hjerneslag som mottar trombolysebehandling

Når det gjelder indikatoren som viser andel pasienter som mottar trombolysebehandling ved hjerneslag, er dette et eksempel på et område der alle regionene har hatt en positiv utvikling over tid. Samtidig er det fremdeles tydelige variasjoner mellom regionene. Helse Vest har høyest andel pasienter som får trombolyse, mens Helse Midt-Norge har lavest andel.

Re-innleggelse av eldre pasienter

Sannsynligheten for akutt re-innleggelse av eldre pasienter etter utskriving fra somatisk sykehus er en kvalitetsindikator som viser signifikante forskjeller og behov for forbedring. Disse indikatorene beregnes på årsbasis, og de siste beregnede indikatorene baserer seg på tall fra 2013. Høy sannsynlighet for re-innleggelse er ikke et entydig mål for lavere kvalitet på behandlingen hos et enkelt behandlingssted. Forhold som kan påvirke resultatene er:

– Geografi



Figur 7.10 Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.

- Organisatoriske forhold
- Kodepraksis
- Datakvalitet
- Behandlings- og pleietilbudet som pasienten mottar etter utskrivning

I mars 2015 ble sannsynligheten for akutt re-innleggelse av eldre pasienter per kommune publisert som nasjonal kvalitetsindikator for første gang. Resultatene fra denne indikatoren viser at Troms og Oppland har signifikant lavere sannsynlighet for re-innleggelse enn gjennomsnittet for fylkene. Hordaland, Østfold, Nord-Trøndelag og Oslo fylke har signifikant høyere sannsynlighet for re-innleggelse.

Fordelt i grupper med sammenlignbare kommuner er det de store kommunene som har gjennomgående signifikant høyere sannsynlighet for re-innleggelse av eldre[5].

Sannsynlighet for reinnleggelse publiseres også for disse diagnosegruppene per sykehus, og i mai 2015 ble diagnose-spesifikke nasjonale kvalitetsindikatorer som måler sannsynligheten for re-

[5] Jf. http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/hver-syvende-eldre-blir-lagt-inn-igjen-i-sykehus

Tabell 7.2 Sannsynlighet for re-innleggelse av eldre pasienter med primærinnleggelse for astma/KOLS, hjerneslag, brudd, hjertesvikt og lungebetennelse som er akutt re-innlagt innen 30 dager etter utskrivning.

Sannsynlighet for re-innleggelse av pasienter over 67 år						
	2013					
	Astma/ KOLS	Hjerneslag	Brudd	Hjertesvikt	Lunge-betennelse	Samlet sannsynlighet for 11 ulike diagnoser
Helse Midt-Norge RHF	29,8	11,2	8,4	25,4	19	15,7
Helse Nord RHF	26,4	9,4	9,1	21	18,9	14,6
Helse Sør-Øst RHF	32,1	10	9,7	20,3	19,8	15,4
Helse Vest RHF	29,4	12,4	9,1	23,5	20,7	15,8
Hele landet	28,6	10,7	9,1	23,3	19,6	15,4

innleggelse av eldre pasienter publisert for første gang. Indikatorene omfatter diagnosene astma/KOLS, lungebetennelse, hjerneslag, hjertesvikt og brudd. Astma/KOLS er diagnosegruppen med høyest sannsynlighet for re-innleggelse, med 28,6 prosent på landsbasis i 2013.

Pasienterfaringer ved somatiske sykehus

Pasienterfaringer ved somatiske sykehus er en nasjonal kvalitetsindikator beregnet på grunnlag av en nasjonal brukererfaringsundersøkelse som har vært gjennomført årlig i perioden 2011–2014 av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kvalitetsindikatoren viser at det har vært en positiv utvikling i pasienterfaringer med sykehusene på flere områder over tid. Resultatene viser også stor variasjon i pasienterfaringer mellom behandlingssteder.

Kunnskapssenteret skrev i sin rapport fra 2015[6] at pasienter innlagt ved somatiske sengeposter i 2014 hadde bedre erfaringer med legene enn pasienter i 2013. Sammenligner vi resultatene fra 2011 har det vært en bedring i pasienters erfaring med pleiepersonalet, legene, informasjon, organisering, utskriving og ventetid.

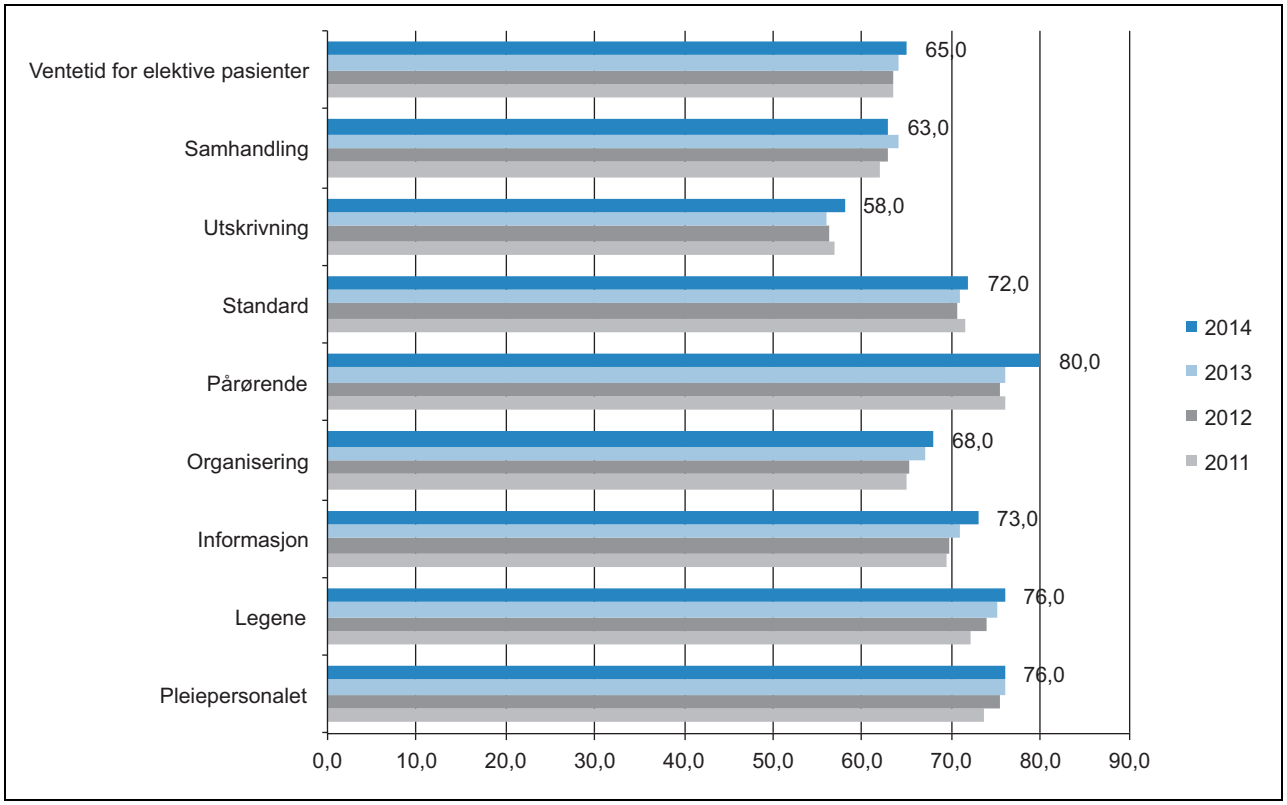
Pasienter rapporterte best erfaringer innen områdene ivaretakelse av pårørende, pleiepersonellet og legene i 2014. Dette er i tråd med tidligere år. Undersøkelsen viser at det er forbedringspotensial i norske sykehus sett fra pasientenes perspektiv, spesielt på indikatorene utskriving, samhandling, ventetid og organisering av sykehusets arbeid. Dette er de samme områdene som fra tidligere undersøkelser.

Sykehusinfeksjoner[7]

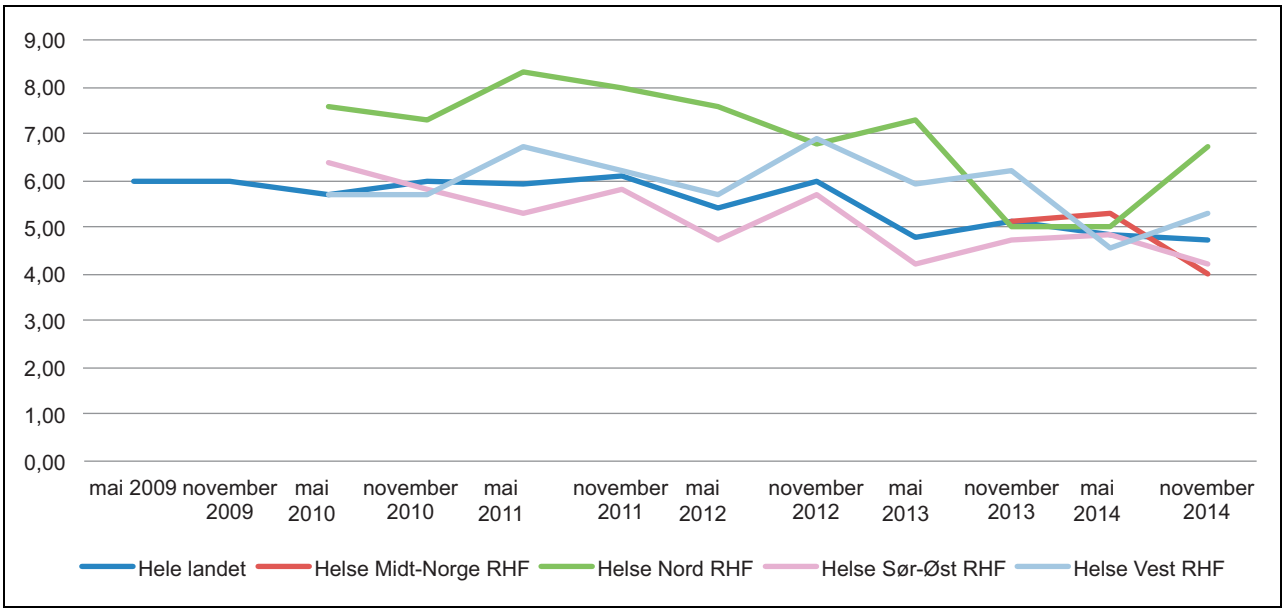
For landet som helhet var forekomsten av sykehusinfeksjoner høsten 2014 på 4,7 prosent og holder seg på samme nivå som våren 2014 da forekomsten på landsbasis var på 4,8 prosent. Fra og med våren 2013 til og med høsten 2014 har resultatene på landsbasis ligget stabilt rundt 5 prosent, og i perioden våren 2009 til og med høsten 2012 lå

[6] PasOpp – rapport – Brukerundersøkelse: Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater 2014. http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2014.nasjonale-resultater

[7] Data til denne nasjonale kvalitetsindikatoren leveres av Folkehelseinstituttet. Lenke til rapport fra Folkehelseinstituttet om undersøkelsen i november 2014: http://www.fhi.no/dokumenter/3932fea0e6.pdf



Figur 7.11 Pasienters erfaring med sykehus for følgende områder: ventetider for elektive pasienter, samhandling, utskrivning, standard, pårørende, organisering, informasjon, legene og pleiepersonalet.



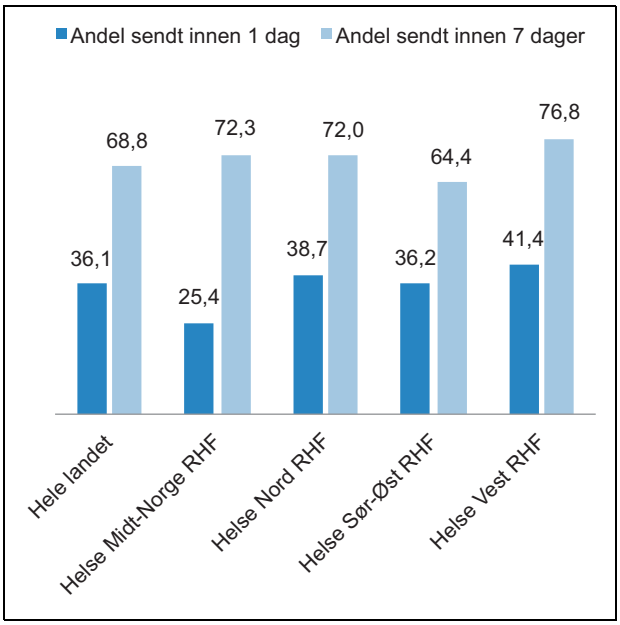
Figur 7.12 Prevalensundersøkelse for forekomst av sykehusinfeksjoner på somatiske sykehus.

forekomsten på landsbasis på rundt 6 prosent. Det kan se ut som det har vært en forbedring over tid når det gjelder forekomst av sykehusinfeksjoner. Vi antar at noe av årsaken til dette kan være fokus på måling og oppfølging av sykehusinfeksjoner, som en del av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» (2014–2018).

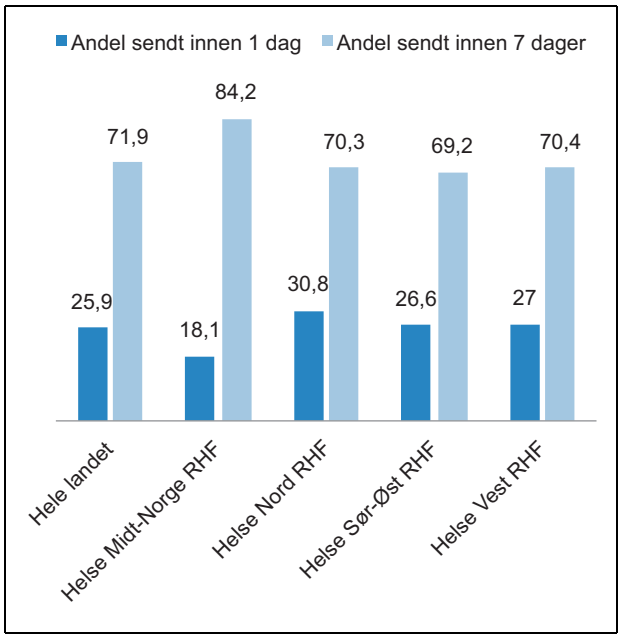
Epikrisetid

Den nasjonale kvalitetsindikatoren som måler epikrisetid viser andel epikriser som ble sendt til fastlege innen sju dager etter utskrivning og innen 1 dag etter utskrivning. Etter utskrivning er det viktig at epikrisen sendes raskt til fastlegen for å sikre trygg og riktig oppfølging av pasienten. På landsbasis i 2014 ble 36,1 prosent av epikrisene i somatisk helsetjeneste, 25,9 prosent av epikrisene i psykisk helsevern for voksne og 23,9 prosent av epikrisene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling sendt ut innen én dag etter utskrivning. 68,8 prosent av epikrisene i somatisk helsetjeneste, 71,9 prosent av epikrisene i psykisk helsevern voksne og 63,4 prosent av epikrisene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble sendt ut innen sju dager.

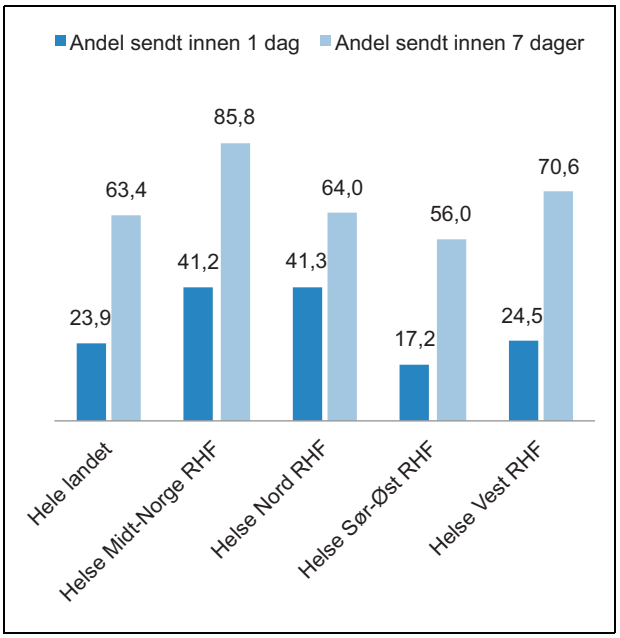
Innen somatiske helsetjenester har andelen epikriser sendt ut innen både én og sju dager økt for alle helseregionene fra 2013 til 2014. Det betyr at helseregionene sender ut en høyere andel epikriser i løpet av sju dager, og de sendte ut flere av epikrisene raskere i 2014 enn i 2013. Også innen psykisk helsevern voksne, ble en høyere andel av epikrisene sendt ut innen sju dager i alle helseregionene i 2014 enn i 2013. Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling hadde derimot Helse Sør-Øst en nedgang på 18,9 prosentpoeng fra 2013 til 2014. Denne nedgangen trakk også ned landsgjennomsnittet i 2014 sammenliknet med 2013. Både Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge sendte ut en lavere andel av epikrisene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling innen én dag i 2014 enn i 2013.



Figur 7.13 Andelen epikriser som er skrevet og sendt ut innen 1 og 7 dager etter utskrivningsdato fra somatisk helsetjeneste.



Figur 7.14 Andelen epikriser som er skrevet og sendt ut innen 1 og 7 dager etter utskrivningsdato fra psykisk helsevern voksne.



Figur 7.15 Andelen epikriser som er skrevet og sendt ut innen 1 og 7 dager etter utskrivningsdato fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Del II
Oppsummering

8 Departementets oppsummering

Del 1 avdekker utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Når vi oppsummerer, finner vi at vi gjennomgående har utfordringer innen områdene (i) kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende og (ii) kompetanse, læring og ledelse. Norsk helse- og omsorgstjeneste oppnår gode resultater i internasjonale sammenligninger, blant annet når det gjelder overlevelse for sykdommer som kreft, hjertesvikt og hjerneslag. Vi er gode på overlevelse, men ikke nødvendigvis på opplevelse. For mange pasienter blir unødig skadet som følge av ytelser eller mangel på ytelser i helse- og omsorgstjenesten. Mangelfull samhandling, koordinering, kommunikasjon og medvirkning bidrar til pasientskader, unødig ventetid og ekstra belastning for pasienter og brukere.

Det har vært en gradvis forbedring av resultater over tid på mange av de nasjonale kvalitetsindikatorene. Det tyder på at systematisk forbedringsarbeid gir resultater. Men kunnskap om kvalitet, og dermed mulighet til å følge utviklingen, har vi bare på et begrenset utvalg områder. Særlig er dette en utfordring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der vi har få kvalitetsindikatorer som kan brukes til å måle utviklingen som grunnlag for forbedringsarbeid.

8.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene

I de årlige rapportene fra pasient- og brukerombudene, Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstatning og Kunnskapssenterets meldeordning får vi informasjon om fagområder og risikofaktorer som krever særlig oppmerksomhet for å unngå uønskede hendelser. Hver for seg gir ikke disse kildene et representativt bilde av kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, men samlet inneholder de kunnskap som tjenesten bør bruke til læring og forbedring.

Norsk pasientskadeerstatning og Kunnskapssenteret sitter på et betydelig datamateriale. Dette materialet bør i enda større grad brukes som grunnlag for analyse, forbedringsarbeid og forskning. Det gjelder statistikkbanken til Norsk pasientskadeerstatning og meldeordningen for spesialisthelsetjenesten i Kunnskapssenteret.

Det særegne ved Norsk pasientskadeerstatnings materiale er at det er pasientene selv som melder skadene. Det er helseforetakene som melder til Kunnskapssenteret om hendelser som har, eller kunne ha ført til, betydelig skade på pasient eller at en pasient skader en annen. Et prosjekt i regi av Norsk pasientskadeerstatning kartlegger om sakene som de har behandlet, også er meldt av helsepersonell internt i helseforetakene. Foreløpige resultater tyder på at det ofte ikke er slik.

De fleste sakene i Norsk pasientskadeerstatning gjelder ortopediske inngrep. Psykisk helsevern er det fjerde største området, men her er det færre som får medhold enn på de fleste andre områdene. Svikt i behandlingen er den hyppigste grunnen til at pasienter får medhold. Feil eller forsinket diagnose kommer på annen plass. Dette er saker som gir viktig informasjon om risikoområder knyttet til kompetanse, pasientforløp og samhandling, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

I 2014 mottok Kunnskapssenterets meldeordning mer enn 9 500 meldinger fra spesialisthelsetjenesten om hendelser som førte til, eller kunne ha ført til, betydelig skade på pasienten. Dette er like mange meldinger som i 2013. Meldinger om hendelser som kunne ha ført til betydelig skade, er viktige i et læringsperspektiv fordi de kan inneholde informasjon om hvorfor hendelsen ikke medførte skade likevel. De fleste meldingene til Kunnskapssenteret er knyttet til svikt ved utførelse av prosedyre, behandling eller intervensjon, eller svikt i pasientadministrasjon og dokumentasjon. Kunnskapssenteret påpeker at forbedring av dokumentasjonsprosesser og informasjonsflyt synes å være et viktig innsatsområde for økt pasientsikkerhet. Forebygging av fall og riktig bruk av legemidler er andre områder med betydelig forbedringspotensial.

Pasient- og brukerombudene arbeider for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. De fleste henvendelsene i 2014 skyldtes pasientskade og komplikasjon, informasjon, ventetid,

diagnoseproblematikk og mangelfulle rutiner og systemsvikt. Dette samsvarer med erfaringene fra Norsk pasientskadeerstatning og meldeordningen. Ombudene får stadig flere henvendelser om den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Særlig er de opptatt av de store variasjonene i kommunene. De mener at fastlegens rolle i helsetjenesten må evalueres. Ombudene anser det som dokumentert at sykehjemstilbudet har store og alvorlige mangler som fører til at enkeltmennesker ikke får nødvendig helsehjelp, og at grunnleggende rettssikkerhetsgarantier blir tilsidesatt. De påpeker at kvaliteten i sykehjemstilbudet varierer, og påpeker behov for mer målrettet styring. Pasient- og brukerombudene ser også en rekke bekymringsfulle trekk ved kommunal saksbehandling og klagebehandling.

Statens helsetilsyn har et bredt mandat. Tilsynsmeldingen peker på risikoforhold som er avdekket, og som tjenesten kan bruke som utgangspunkt for læring og forbedring. Psykisk helsevern for barn og unge, akuttsituasjoner, uklar funksjonsfordeling/samhandling og utfordringer knyttet til legemidler er spesielt omtalt i meldingen. Mangler knyttet til kommunikasjon, kompetanse, læring og ledelse er fellestrekk i tilsynets erfaringer og funn.

Vi har i dag 66 nasjonale kvalitetsindikatorer, hvorav 13 for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Indikatorene bidrar til at vi får stadig bedre innblikk i kvaliteten i ulike deler av tjenesten, og for ulike pasientgrupper. Etter hvert som det utvikles nye kvalitetsindikatorer, kan vi sette sammen indikatorer fra flere områder og få et mer samlet bilde av kvaliteten på et fagområde. Det nærmeste vi kommer en «pakke» av indikatorer i dag, er fødsel og barselomsorg der vi har fire kvalitetsindikatorer.

8.2 Pasientens helsetjeneste – trygge tjenester, koordinerte pasientforløp

Regjeringens ambisjon er å skape pasientens helsetjeneste. Sett fra pasientens ståsted er det en selvfølge at unødig skade skal unngås i møtet med helse- og omsorgstjenesten. Likevel er det altfor mange pasienter som blir unødig skadet som følge av ytelser eller mangel på ytelser i tjenesten. Pasientens helsetjeneste innebærer at tjenesten i større grad organiserer seg og virker ut fra pasientens behov. I pasientens helsetjeneste er pasienten en likeverdig samarbeidspartner, og samvalg skal etterstrebes. Pasienten skal få nødvendig informasjon slik at han eller hun har forutsetninger for å sette seg inn i hva de ulike behandlingsalternativene går ut på. Målet er at behandler og pasient sammen skal velge det behandlingsalternativet som er mest i tråd med pasientens behov og preferanser. Slik skal pasienten bli en likeverdig og mer aktiv samarbeidspartner; ingen beslutninger skal tas om meg, uten meg. Mangler knyttet til informasjon, kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende utfordrer pasient- og brukersikkerheten, gode pasientforløp og pasientmedvirkning.

Tiltak for å skape pasientens helsetjeneste har vært et gjennomgående tema i alle stortingsmeldinger i 2014 og 2015.

Regjeringen la i mai 2015 frem Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.* I meldingen vektlegges områder som vil få betydning for kvalitet og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten; brukermedvirkning, kompetanse, ledelse og team.

Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse* ble også lagt frem i mai 2015. Regjeringens legemiddelpolitikk skal blant annet sikre god kvalitet ved behandling med legemidler. Det skal være god kvalitet i alle ledd fra utvikling av legemidler, i kliniske studier, godkjenning ved markedsføringstillatelse, produksjon, distribusjon, forskrivning og bruk av legemidler. God kvalitet forutsetter at pasientsikkerheten er ivaretatt og at pasientene har nytte av behandlingen. Et forslag i meldingen er å utrede en felles legemiddelliste slik at opplysninger om hvilke legemidler pasienten bruker, blir tilgjengelig både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre foreslås å forskriftsfeste plikt for kommunene til å gjennomføre systematiske legemiddelgjennomganger på sykehjemmene. Det foreslås også en rekke tiltak for å bedre informasjon om legemidler til pasienter og helsepersonell.

Det er samtidig viktig å videreføre pågående tiltak som bidrar til å fremme riktig legemiddelbruk. I dag er det et krav at fastlegen skal ha oppdatert legemiddelliste og gjennomføre legemiddelgjennomgang for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» (2014–2018) tilbyr opplæring i samstemming av legemiddellister og riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste. Tiltakene er for fastleger, sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste. Det er laget brosjyrer for pasienter og brukere med oppfordring om å etterspørre utskrift av egen legemiddelliste.

Selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon, bildeskrift, samvalgsverktøy og utvikling av velferdsteknologi er viktige virkemidler for å oppnå bedre kommunikasjon og mer likeverdige tjenester. Det er en særlig utfordring å sikre at alle pasientgrupper forstår språket og informasjonen som gis. Mange innvandrere har begrensede språkferdigheter i norsk – noe som kan påvirke tilgangen til, og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Den samiske befolkningen har språklige rettigheter i møtet med helse- og omsorgstjenesten. Personer som utvikler demens, mister ofte sitt førstespråk – noe som kan være problematisk i møtet med helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen vil komme tilbake til hvordan NOU 2014: 8 *Tolking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd* skal følges opp. Demensplan 2020, som regjeringen legger frem i høst, skal bidra til gode, fleksible og tilpassede løsninger for personer med demens. Personer med demens og deres pårørende har hatt en sentral rolle i utviklingen av planen.

Pårørendeprogrammet for en aktiv og framtidsrettet pårørendepolitikk (2014–2020) videreføres. Programmet har tiltak som gjør det lettere å kombinere arbeid og omsorg, og styrker samspillet mellom pårørende og helse- og omsorgstjenestene. Det dreier seg blant annet om fleksible avlastningsordninger, pårørendestøtte, informasjon, opplæring og veiledning, og forbedring av omsorgslønnsordningen. Høsten 2015 sendte Helse- og omsorgsdepartementet på høring et forslag om styrket pårørendestøtte i helse- og omsorgstjenesteloven.

Den nasjonale nettportalen helsenorge.no skal være den viktigste offentlige informasjonskilden og kommunikasjonskanalen for pasienter og brukere. Portalen har selvbetjeningstjenester som gir pasienten innsyn i blant annet resepter og kjernejournal. Flere tjenester er under utvikling, for eksempel løsning for digital dialog mellom innbyggere og helsepersonell. Enkelte helseforetak og legekontor har gitt pasienter elektronisk tilgang til egne journalopplysninger, mulighet for å bestille og endre time og enkelte former for digital kommunikasjon. På sikt er det et mål at hver innbygger skal ha én journal der nødvendige helseopplysninger er samlet. Helsedirektoratet utreder hvordan målet kan realiseres teknisk, organisatorisk og juridisk.

Flere kommuner prøver ut velferdsteknologi for trygghet og mestring gjennom Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi 2014–2020. For å sikre en helhetlig tjeneste hvor systemer fungerer sammen, er det nødvendig å ta i bruk felles standarder for velferdsteknologi. Regjeringen vil legge til rette for å ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi (mhelse) for behandling og oppfølging av personer med kroniske sykdommer.

Mange hendelser som meldes til Kunnskapssenteret, Norsk pasientskadeerstatning, Helsetilsynet og pasient- og brukerombudene skyldes svikt i pasientadministrasjon og brudd i pasientforløpene. Digitale verktøy, som elektronisk pasientjournal og pasientadministrative systemer, er nødvendig for at helsepersonell kan håndtere og ha lett tilgang til nødvendige helseopplysninger. Svikt i systemene kan føre til at informasjon som har avgjørende betydning for behandlingen, ikke er tilgjengelig og at pasienter ikke blir innkalt i tide. Etter at intern revisjon avdekket svikt i pasientadministrasjon i Helse Sør-Øst RHF, har de regionale helseforetakene drevet et omfattende arbeid gjennom prosjektet «Glemt av sykehuset». Rapporteringer viser at det er gjennomført betydelige forbedringer i det pasientadministrative systemet. Det er innført standardiserte krav til rutiner, prosedyrer, oppfølgingsarbeid og opplæring, og det er blitt bedre styring og kontroll i det pasientadministrative arbeidet i alle helseforetakene.

I 2015 er det innført 28 pakkeforløp for kreft. Alle helseregionene har etablert tverrfaglige diagnosesentre for pasienter med mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom. Målet er gode og forutsigbare pasientforløp og at diagnosen stilles raskere ved at flest mulig undersøkelser gjøres samtidig. De gode erfaringene med pakkeforløp og diagnosesentre for kreft, gjør at det er satt i gang arbeid med å utvikle pakkeforløp for hjerneslag. Det vil dessuten bli utarbeidet pakkeforløp innen psykisk helse og rus. Så langt er det lovende resultater for pakkeforløp for kreft. Pasientene kommer raskere i gang med utredning og behandling, og ordningen gir bedre forutsigbarhet for pasienter og pårørende.

Pasient- og brukerombudene er særlig opptatt av sykehjemstilbudet og fastlegeordningen. For å sikre bedre kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har regjeringen løftet frem nye og forsterkede tiltak i meldingen om primærhelsetjenesten og i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 (Omsorg 2020). Fastlegens rolle i flerfaglige team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er omtalt i meldingen.

Et sentralt tiltak i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten er å utvikle primærhelseteam og oppfølgingsteam. En teambasert førstelinjetjeneste vil gi et mer samordnet tilbud, bedre tilgjen-

gelighet, større bredde i tjenestetilbudet og riktigere bruk av personellet. Primærhelseteamet vil være befolkningens primære kontaktpunkt med helse- og omsorgstjenesten. Kjernen i et primærhelseteam består av fastleger, sykepleiere og administrativt personell og kan beskrives som en utvidet fastlegepraksis. Teamet kan suppleres med flere yrkesgrupper og tilpasses lokale forhold. Organisering i primærhelseteam kan bidra til at legenes ressurser og kompetanse i større grad kan prioriteres til brukere med store og sammensatte behov. Regjeringen vil vurdere endringer i regelverk for organisering og finansiering for å legge til rette for primærhelseteam. Fastlegens rolle i en teambasert primærhelsetjeneste er et vesentlig element i den videre utredningen. Oppfølgingsteam kan ivareta strukturert oppfølging av personer med store og sammensatte problemer og sykdom som medfører behov for mer enn de tjenestene som leveres av et primærhelseteam. Oppfølgingsteamet kan koordinere og tilrettelegge for et helhetlig tilbud gjennom samarbeid med andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. En sykepleier vil oftest være koordinator i teamet, og andre yrkesgrupper trekkes inn etter behov.

Andre tiltak i primærhelsemeldingen for å styrke likeverdig behandling, pasient- og brukerrettigheter og kapasitet, er forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene, forslag om lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg og tilskuddsordning til heldøgnsplasser i sykehjem og omsorgsboliger.

Et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene skal settes i gang i 2016. Målet er å finne ut om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Utredningsarbeidet begynte i 2015. Forsøket skal drives i 20 kommuner over tre år, og to modeller skal prøves ut. Forsøket omfatter alle omsorgstjenester og brukergrupper.

Et annet tiltak er forslag om lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg. Et lovforslag om rett til opphold i sykehjem og tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns helse- og omsorgstjenester er sendt på høring. Retten til sykehjemsplass er foreslått presisert i pasient- og brukerrettighetsloven. Videre er det foreslått at det skal fastsettes kriterier for tildeling av langtidsplass og plikt til å føre ventelister over pleietrengende som venter på slik plass. Lovforslaget vil styrke rettighetene til eldre pleietrengende.

Et tredje tiltak er å øke kapasitet og kvalitet i omsorgssektoren ved hjelp av investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Kommunene kan motta tilskudd til utbygging, utskiftning og renovering av heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen har styrket tilskuddet ved å øke gjennomsnittlig tilskuddsandel per plass fra 35 til 50 prosent av maksimal godkjent anleggskostnad, samt økt tilskuddet for pressområdekommuner. Regjeringen har videre vedtatt å videreføre investeringstilskuddet etter 2015. Det er innledet et samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge framtidige behov for heldøgns omsorgsplasser. Planarbeidet vil bygge på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Investeringstilskuddet er en sentral del av regjeringens satsing på omsorgstjenestene, og må ses i sammenheng med andre viktige tiltak i Omsorg 2020.

Regjeringen vil etablere et prosjekt som skal utvikle en trygghetsstandard for kvalitet i sykehjem. Trygghetsstandarden skal bidra til at beboere på sykehjem skal ha et godt og likeverdig tilbud. Bruker- og pårørendeorganisasjoner, KS og yrkesorganisasjonene samt aktuelle fagmiljø er invitert til å delta i prosjektet.

8.3 Kompetanse, læring og ledelse

Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Ledere som arbeider nær pasienten eller brukeren, har en nøkkelrolle. Arbeidet skal forankres i toppledelsen og ledelsen skal etterspørre resultater for kvalitet og pasientsikkerhet. Ledelsen må ha kunnskap om virksomhetens kompetanse og områder med risiko for svikt.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid handler om å skape en lærende kultur i organisasjonen. Åpenhet om kvalitet og uønskede hendelser er en forutsetning, og flere virksomheter har ivaretatt dette. Avgjørende for å lykkes er evne og vilje til å forandre og forbedre, god ledelsesforankring på alle nivåer og et system og en kultur som stimulerer til læring og forbedring på tvers av avdelinger og personellgrupper. Tiltak og virkemidler på nasjonalt nivå kan bidra til å støtte tjenesten i dette arbeidet. Nasjonale myndigheter har også et ansvar overfor befolkningen for å synliggjøre innhold og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. De årlige meldingene om kvalitet og pasientsikkerhet skal bidra til dette.

God ledelse er avgjørende for faglig utvikling, god kvalitet og innovasjon. Personell og kompetanse er lederens viktigste ressurser. God planlegging og styring av personellressursene er grunnleggende for at virksomheten kan yte gode helse-

og omsorgstjenester. God ledelse og planlegging er avgjørende for gode tjenester, faglig utvikling og forbedring av tjenestene.

Blant annet viser erfaringer fra tilsyn at det er behov for ledere med mer kompetanse om ledelse og tjenestene de skal lede. Regjeringen har sendt på høring forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten. Den viderefører innholdet i dagens internkontrollforskrift, og utdyper i tillegg de lovbestemte kravene til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at helse- og omsorgslovgivningen etterleves. Forskriften utdyper også nærmere hvor ansvaret ligger på ulike nivå i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

For å styrke kompetansen blant virksomhetsledere i de kommunale og fylkeskommunale helse- og omsorgstjenestene, er det etablert en Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. De første to klassene startet i høst i Oslo og Bergen/Stavanger. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng på mastergradsnivå.

Siden sykehusreformen i 2002 har helseforetakene hatt ledelse og ledelsesutvikling som satsingsområde. Det er lagt ned en betydelig innsats i det enkelte foretak, på regionalt nivå og gjennom Nasjonal lederutvikling. Det er utviklet et nasjonalt topplederprogram som skal bidra til verdiforankring og til utvikling av et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos de fremtidige topplederne i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet følges opp og konkretiseres i regi av Nasjonal lederutvikling. Kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet inngår som tema. Nasjonal lederutvikling og KS har et felles prosjekt om hvordan lederutdanningen kan styrkes på de to nivåene og bidra til erfaringsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Kompetanseløft 2020 er regjeringens plan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Målet med planen er å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent bemanning. Gjennom Kompetanseløft 2020 samles alle eksisterende og nye tiltak i en felles plan. Tiltakene handler blant annet om bedre ledelse på alle nivåer, tilstrekkelig faglig bredde og om endret innretning på videreutdanningene slik at de er tilpasset utfordringene.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» (2014–2018) videreutvikles. Programmet tilbyr verktøy for ledere og helsepersonell for bedre pasientsikkerhet. Programmet er lagt opp på en måte som skal bidra til å fremme kompetanse i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet hos helsepersonell, ledere og brukere i helse- og omsorgstjenesten. Programmet tilbyr konkrete tiltakspakker på risikoområder og opplæring i gjennomføring og implementering gjennom læringsnettverk. Spesialisthelsetjenesten er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å delta i programmet, mens kommunene inviteres og oppfordres til å delta. Mange kommuner bruker tiltakspakkene, men det er behov for å knytte arbeidet tettere til ledelsesnivåene i kommunen. Tønsberg kommune samarbeider med programmet om piloten «pasientsikker kommune».

Nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer skal bidra til kunnskapsbasert praksis og gi oss kunnskap om kvaliteten i tjenesten. For å kunne forvalte, lede og utvikle tjenesten, er det behov for data om ulike forhold i helse- og omsorgstjenesten. Det er etablert flere nye kvalitetsindikatorer de siste årene. Systemet skal videreutvikles, og pasientopplevd kvalitet skal tillegges like stor vekt som faglige indikatorer. I dag finnes det 13 nasjonale kvalitetsindikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester, hvorav fire for omsorgssektoren. Det er behov for flere slike indikatorer. Helsedirektoratet arbeider med indikatorer som gir informasjon om brukernes tjenestetilbud, herunder muligheter for å ha en aktiv og meningsfull tilværelse med andre. De har også fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal helseregisterstrategi skal sikre modernisering og samordning av sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og den skal legge til rette for at disse utnyttes enda bedre som datakilde. Vi har 52 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Registrene publiserer årlig informasjon om kvalitet og resultater av behandling ved norske sykehus på kvalitetsregistre.no. Fortsatt mangler vi datagrunnlag på mange områder. Departementet vil legge frem et lovforslag om å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å forberede etablering av registeret. Psykisk helsevern og rus er fagområder der det er behov for bedre datagrunnlag. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser fikk nasjonal status i 2015, som det første innen psykisk helse-

vern. Nasjonalt folkehelseinstitutt utreder etablering av et fellesregister for psykisk helse og rus.

Målet med helseregisterprosjektet er å unngå dobbeltrapportering og å vri ressursbruken fra innhenting av data til analyse og bruk. Viktige tiltak er å ta i bruk standardisert kodeverk, terminologi og strukturert informasjon i pasientjournalen. Det videre arbeidet med nasjonal helseregisterstrategi skal ses i sammenheng med andre tiltak på e-helseområdet. Direktoratet for e-helse etableres 1. januar 2016 og skal bidra til sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen.

Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet har vært forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, representert ved KS. Avtalen angir mål og strategier for kvalitetsutvikling og nye løsninger, tjenesteutvikling, personell og kompetanse. Konkrete tiltak er utarbeidet i felleskap mellom partene og følges opp i jevnlige dialogmøter. Helse- og omsorgsdepartementet og KS vil vurdere å utarbeide en ny bilateral avtale før kvalitetsavtalen utløper i 2015.

Utvalget som har vurdert hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten skal følges opp, leverte sin utredning 2. november 2015 (NOU 2015: 11 *Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*). Den skal sendes på høring. Arianson-utvalgets mandat har blant annet vært å vurdere om melde- og varslingsplikten i spesialisthelsetjenesten også bør omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten og å fremme forslag til hvordan en undersøkelseskommisjon for helsetjenesten kan organiseres.

Uavhengig av om det etableres en nasjonal meldeordning også for kommunene, er det viktig at kommunene gransker, evaluerer og vurderer tilbudet sitt i samarbeid med brukere og pårørende. God kvalitet og trygge tjenester forutsetter at det er åpenhet om kvalitet og uønskede hendelser, og at kommunestyrene etterspør redegjørelser, tilsynsrapporter og data om kvalitet i egne tjenester.

8.4 Fremme helse og mestring

Personer som trenger hjelp av helse- og omsorgstjenesten, skal oppleve at de får god og riktig hjelp og ikke utsettes for unødige komplikasjoner og skader. Regjeringen vil samtidig stimulere til helsefremmende tiltak for å forebygge sykdom og bidra til mestring.

Mål og tiltak i Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* har stor betydning også for helse- og omsorgstjenesten. Et eksempel er målet om 10 prosent reduksjon i hoftebrudd. Målet skal nås ved å ta inn fallforebygging i arbeidet med kvalitetsindikatorer, hjemmebesøk, pasientsikkerhetsprogrammet og i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Norge ligger på verdenstoppen i hoftebrudd. I tillegg til høy dødelighet og redusert funksjon og livskvalitet, medfører hoftebruddene høye kostnader for helse- og omsorgstjenesten. Skadedata fra Norsk pasientregister er av stor verdi for arbeidet med forebygging av ulykker i kommunen. Det er kun 42 prosent av alle typer skader som registreres, og det arbeides med å få registreringsandelen opp.

Antibiotikaresistens er en av de største helsetruslene verden står overfor (Verdens helseorganisasjon 2012). Moderne medisinsk behandling av lidelser med stor risiko for infeksjoner, som ved kirurgi, kreftbehandling og nyfødtmedisin, forutsetter at det finnes virksomme antibiotika. Regjeringen vedtok i juni 2015 en tverrdepartemental Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020). I løpet av 2015 vil Helse- og omsorgsdepartementet fremme en handlingsplan mot utbredelsen av antibiotikaresistente bakterier. Målet er å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utgangen av 2020.

Helsetilsynet avdekket lovbrudd i alle helseforetak som ble undersøkt i det landsomfattende tilsynet for barn og unge i psykisk helsevern. Barneombudets fagrapporter *Helse på barns premisser* og *Grenseløs omsorg – om bruk av tvang mot barn i barnevern og psykisk helsevern*, avdekker også mangler i helsetilbudene til barn. Rapportene bygger på opplevelser og uttalelser fra barn og unge og gir en rekke konkrete råd og anbefalinger som er viktige bidrag for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestetilbudene til barn og unge.

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen. Den sterke veksten i ressursinnsatsen i psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at stadig flere får behandling. I 2014 ble det til sammen behandlet om lag 55 000 barn og unge i offentlige institusjoner og hos avtalespesialistene. Dette utgjør 5 prosent av befolkningen under 18 år. Vi har sett en gradvis nedgang i ventetid til behandling de senere årene. Helsedirektoratet har laget en strategi for å sikre tverretatlig oppfølging av barn og unges psykiske helse, og det gis tilskudd til satsinger for barn og unge i skolealder. Regjeringen vil i

2016 følge opp vedtaket fra Stortinget om å fremme en opptrappingsplan som skal redusere forekomsten av vold i nære relasjoner samt styrke ivaretakelsen av barn utsatt for vold og overgrep, jf. Innst. 315 S (2014 – 2015).

Forebyggende tjenester og tidlig innsats gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten er de viktigste tjenestetilbudene for å fremme helse og mestring blant barn og unge. Det er igangsatt et arbeid med en ungdomshelsestrategi som skal dekke aldersgruppen 13–25 år. Strategien skal belyse hvordan man sikrer tilgjengelighet, kapasitet og godt koordinerte tjenester til ungdom, også nettbaserte tjenester. Et panel bestående av ungdom med ulik bakgrunn skal gi innspill til strategien. Utviklingen av gode helse- og omsorgstjenester til barn, unge og deres familier må ses i sammenheng med annet arbeid rettet mot denne gruppen, som regjeringens strategi mot barnefattigdom, ungdomshelsestrategien, Trygghet, deltakelse og engasjement – regjeringens arbeid for barn og ungdom, og det tverrdepartementale samarbeidet om utsatte barn og unge mellom 0–24 år.

Regjeringen har lagt frem en opptrappingsplan for rusfeltet (Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020). Hovedtemaene er tidlig innsats, behandling og oppfølging/ettervern. Målet med planen er en forbedret, forsterket, tverrsektoriell og samordnet innsats for grupper som står i fare for, er i ferd med å utvikle eller har utviklet et rusproblem, for personer med alvorlig rusavhengighet og deres pårørende. Brukernes og de pårørendes behov skal være utgangspunktet for omfanget av og innhold i tjenestene.

Røyking er fortsatt den viktigste enkeltårsaken til sykdom og for tidlig død i Norge. Hvert år dør 6 600 personer av røyking; noe som utgjør 16 prosent av alle dødsfall. Det er fortsatt store sosiale forskjeller i røyking, selv om andelen røykere går ned i alle grupper. Samtidig som færre røyker, har snusbruk blant unge økt kraftig de siste 15 årene. Selv om snusbruk er mindre helseskadelig enn røyking, kan også snusbruk føre til alvorlige helseskader. Regjeringen ønsker å verne barn og unge mot skadevirkningene av tobakk, gjennom å gjøre tobakk mindre tiltrekkende for barn og unge. Et forslag om standardisert innpakning av tobakksprodukter har vært på høring. De viktigste grepene i arbeidet mot tobakk er fortsatt et restriktivt lovverk, høye tobakksavgifter, informasjon om tobakkens skadevirkninger og hjelp til å slutte med tobakk.

9 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 27. november 2015 om Kvalitet og pasientsikkerhet 2014 blir sendt Stortinget.

Bestilling av publikasjoner

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

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

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Kord AS

Trykk: 07 Aurskog AS – 11/2015