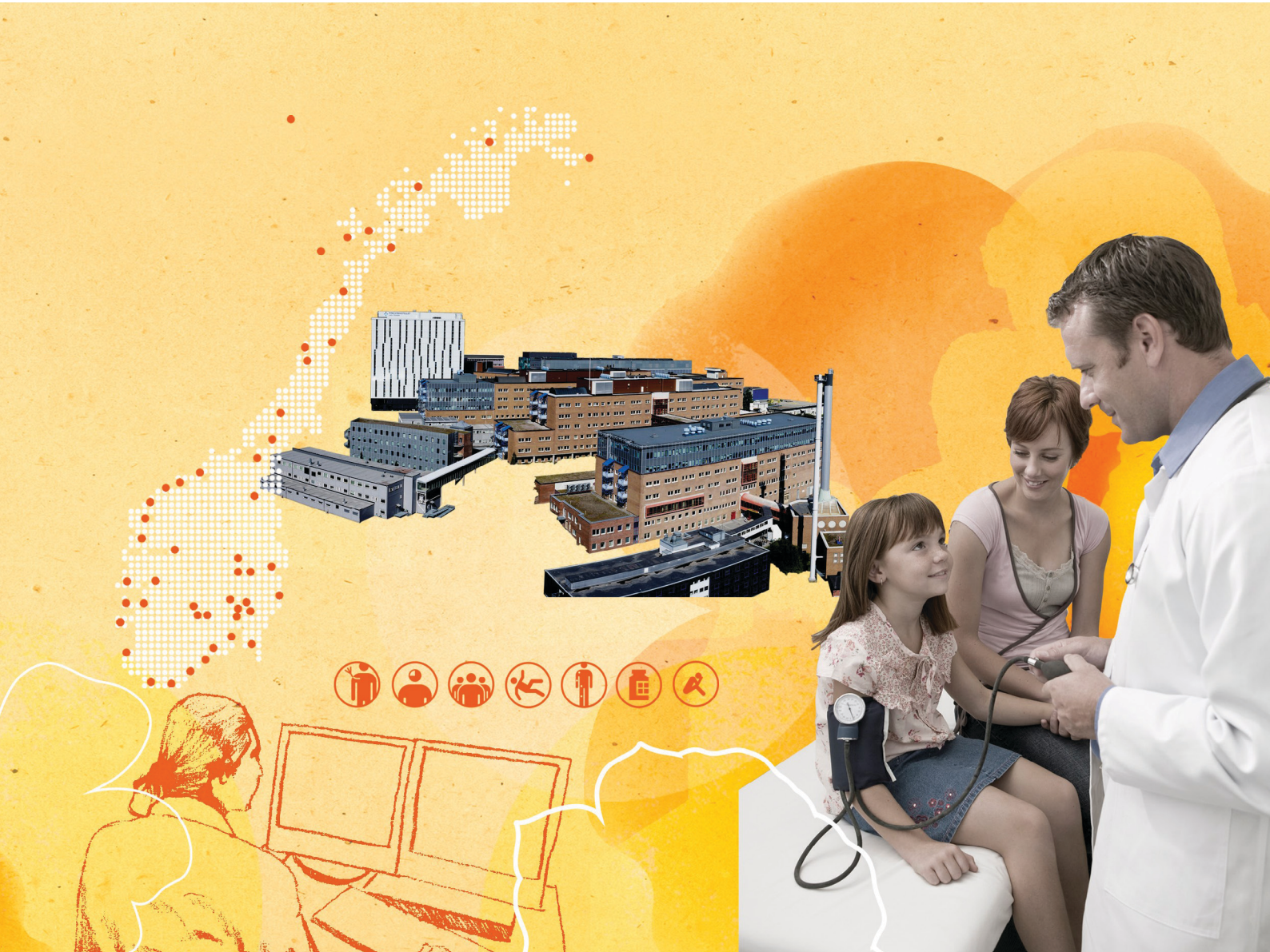
DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2018–2019)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2017



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2018–2019)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

Innhold

1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet ... 5
1.1 Meldingens oppbygging og innhold ... 6

Del I Sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet ... 7

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv ... 9
2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling ... 9
2.2 Commonwealth Fund ... 11

3 Pasient- og brukerombudene ... 13
3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen ... 13
3.2 Særskilte tema ... 13
3.2.1 Om å klage, kunnskap og kompetanse ... 13
3.2.2 Fastlegeordningen må moderniseres ... 14
3.2.3 Ja, det gjelder livet ... 14
3.2.4 Avlastning ... 14
3.2.5 Omsorgen for eldre ... 14
3.2.6 Rusavhengige må sikres bedre behandlingsforløp ... 15
3.2.7 Prioritering av barn og unge – mindre snakk og mer handling ... 15
3.2.8 Pasientforløpene – utfordringer ... 15

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennen ... 16
4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering ... 16
4.1.1 Landsomfattende tilsyn i 2017 ... 16
4.1.2 Varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten ... 17
4.2 Særskilte tema ... 18

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

6 Meldeordningen ... 22
6.1 Hovedtrekk i årsrapporten ... 22
6.2 Særskilte tema ... 23

7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem ... 24
7.1 Oppsummering fra årsrapporten 2017 ... 24
7.2 Kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenesten ... 25
7.3 Variasjon innen utvalgte områder 25
7.3.1 Pakkeforløp for kreft ... 25
7.3.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester ... 26
7.3.3 Psykisk helsevern ... 28
7.4 Pasienterfaringer ... 30

Del II Oppsummering ... 31

8 Departementets oppsummering ... 33
8.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene ... 33
8.2 Pasientens helsetjeneste ... 34
8.3 Bedre ledelse, kultur og systemer 36

9 Økonomiske og administrative konsekvenser ... 38

Vedlegg
1 Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier ... 39

DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 11

(2018–2019)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 14. desember 2018, godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)

1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasienter og brukere skal få rask, trygg og god hjelp når de trenger det, og de skal oppleve å være en likeverdig part. Dette vil fortsatt være et av Regjeringen Solbergs viktigste innsatsområder framover. Skal vi greie å skape pasientens helsetjeneste, må vi også være åpne om utfordringer. Gjennom en bred og åpen diskusjon om forbedringspotensialet i helse- og omsorgstjenesten, øker vi oppmerksomheten og bevisstheten rundt kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, både i helsepolitikken og på alle nivåer i tjenesten. En stor andel av Norges befolkning har hvert år kontakt med helse- og omsorgstjenesten. Det er stor risiko for svikt i helse- og omsorgstjenesten, og det kan ha store konsekvenser for både pasienter, pårørende og ansatte. Internasjonale studier anslår at halvparten av de uønskede hendelsene som fører til pasientskade kunne vært unngått. Pasientskader får også andre konsekvenser for den enkelte som er rammet, for eksempel for arbeid og velferd. Helse- og omsorgstjenesten bruker betydelige ressurser til å behandle slike skader. Kommuner og helseforetak har et lovpålagt ansvar for å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Kvalitetsarbeidet bør også være forankret i våre politiske og demokratiske organer helt opp til Stortinget. Denne femte stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som Regjeringen nå legger fram, er et bidrag til dette.

Utfordringer

Vi har en god helse- og omsorgstjeneste i Norge og oppnår gode resultater på mange områder. De fleste er fornøyd med de tjenestene de får. Å lære av de gode resultatene og erfaringene er grunnleggende. Helse- og omsorgstjenesten må også lære av egne og andres feil for hele tiden å bli bedre.

Denne meldingen retter oppmerksomheten mot områder der helse- og omsorgstjenesten har utfordringer og behov for bedring. Derfor gir ikke denne meldingen et helhetlig bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Når meldingen har oppmerksomhet på risikoområdene, blir de positive sidene ikke så godt synlige.

Denne meldingen omtaler utfordringer som krever innsats på alle nivå: Informasjonsflyt og

kommunikasjon, trygge overganger innad i tjenestene og mellom tjenestenivå og etterlevelse av prosedyrer, retningslinjer og regelverk. Det er viktig å bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av virksomheten. I denne meldingen gir pasient- og brukerombudene, Helsetilsynet, Norsk pasientskadeerstatning og Helsedirektoratets meldeordning innsikt i risikoområder som krever oppmerksomhet og oppfølging.

Helse- og omsorgstjenesten må omstilles for å møte fremtidens utfordringer. Viktige utviklingstrekk er blant annet vekst i folketallet, en aldrende befolkning, økt omfang av personer som lever med kroniske og sammensatte lidelser og en rivende utvikling i ny teknologi, behandlingsmetoder og legemidler. Det er bred enighet om at det verken er bærekraftig eller mulig å løse utfordringene gjennom økte ressurser og flere ansatte. Derfor må helse- og omsorgstjenesten allerede nå utvikle nye og bedre måter å arbeide og samhandle på, også for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet.

Regjeringens arbeid

De fire første meldingene til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet vektla at de viktigste innsatsområdene for å bedre kvalitet og trygge tjenester er å utvikle pasientens helsetjeneste, forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene og redusere uberettiget variasjon. Dette videreføres i denne meldingen. Manglende kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet har i en årrekke vært trukket frem som en utfordring. Nå har vi mye data og økt kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet. Utfordringen er å bruke denne kunnskapen til å forbedre tjenestene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten legger grunnlaget for en kvalitetsorientert ledelse og systemer for dette.

Regjeringen har gjennomført en rekke tiltak for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. Regjeringen la i forrige regjeringsperiode frem flere stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier på helse- og omsorgsområdet, som alle skal bidra til å fremme likeverdig tilgang til gode helse- og omsorgstjenester. Regjeringen har blant annet lagt frem stortingsmeldingene Framtidens primærhelsetjeneste, Legemiddelmeldingen. Prioriteringsmeldingen og Nasjonal helse- og sykehusplan.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring er sentral. Forskriften ble innført 1. januar 2017 og gjelder all helse- og omsorgstjeneste i Norge. Etableringen av helsedataprogrammet har gitt bedre oversikt over og bedre utnyttelse av helse- og kvalitetsregistre. I tillegg kommer flere nasjonale kvalitetsindikatorer, rapporter og publiseringsverktøy som gir kunnskap om variasjon, kvalitet og pasientsikkerhet. Standardisering gjennom pakkeforløpene for kreft, hjerneslag og psykisk helsevern og rus bidrar også til å øke kvaliteten i behandlingen.

Regjeringen har etablert Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten for oppfølging av alvorlige hendelser. Varselordningen til Statens helsetilsyn er utvidet til å inkludere den kommunale helse- og omsorgstjenesten og private aktører. Arbeidet i pasientsikkerhetsprogrammet videreføres. Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. I 2018 gjennomførte spesialisthelsetjenesten den første felles årlige kartleggingen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen er utarbeidet i regi av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender». For å bedre kvaliteten i eldreomsorgen, er kvalitetsreformen for eldre – Leve hele livet – lagt fram og vedtatt av Stortinget i november 2018. Meldingen har fem hovedområder; et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

1.1 Meldingens oppbygging og innhold

Denne meldingen omhandler kvalitet og pasientsikkerhet for 2017. Meldingens del 1 oppsummerer status for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helsedirektoratets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer. Meldingens del 2 oppsummerer hovedtrekkene som er identifisert i del 1. Denne delen er strukturert ut i fra regjeringens overordnede tilnærming til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet; nemlig å videreutvikle pasientens helsetjeneste og videreutvikle ledelse, kultur og systemer. Meldingen peker på utfordringer som skal ligge til grunn for politikk og tiltak i hele helse- og omsorgssektoren.

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

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

Internasjonale sammenligninger av kvalitet og pasientsikkerhet er viktig for å sammenligne helsesystem, og også som inspirasjon for å videreutvikle kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i det enkelte land. Resultatene må brukes med varsomhet ettersom det er variasjoner i rapportering fra ulike land, og det er statistisk usikkerhet knyttet til målingene. Erfaringer og utbedringer av internasjonale målinger gir stadig mer pålitelig informasjon. Nedenfor gis en oversikt av norsk kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv, basert på informasjon fra Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) og Commonwealth Fund (CMWF).

2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling

OECD er opprettet for å fremme politikk som bedrer økonomiske og sosiale levekår for mennesker over hele verden. Organisasjonen publiserer oversikter innen ulike policy-områder, og annet hvert år utgis en rapportserie som gir informasjon om helse og helsesystem for medlemslandene i OECD. «Health at a Glance 2017» er den niende rapporten i serien og den inneholder sammenlignbare data fra 35 OECD-land, basert på nyeste tilgjengelige data fra 2015 og 2016. Antall kvalitetsindikatorer i Health at a Glance øker fra år til år.

Rapporten fra 2017 bekrefter hovedinntrykk fra tidligere rapporter: Helsetilstanden i Norge er god, det er høy forventet levealder, lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag, og god overlevelse etter fem års overlevelse etter kreft. Norge er blant beste tredel på tolv indikatorer, midtre tredel på fem indikatorer og dårligste tredel på seks indikatorer.

Det er særlig utfordrende å finne gode mål for å sammenligne primærhelsetjeneste mellom ulike land. OECD benytter en kombinasjon av spørreskjemaundersøkelse for pasienterfaringer, samt registerdata som et indirekte mål på kvaliteten i primærhelsetjenesten. Ved å måle innleggelser på sykehus for kronisk syke pasienter, ønsker en å se om pasienter som får god oppfølging i primærhelsetjenesten sjeldnere legges inn på sykehus for behandling av sykdommen. OECD har undersøkt innleggelsesfrekvens for astma, KOLS, diabetes og kronisk hjertesvikt. Når det gjelder innleggelsesfrekvens for diabetes og kronisk hjertesvikt er Norge blant de beste landene med få sykehusinnleggelser. For den sammensatte indikatoren for astma og KOLS ligger Norge nær snittet. I Norge er det relativt mange diabetikere som må amputere et ben eller en fot.

OECD ser også på variasjon mellom landene i bruk av legemidler. Norge er blant de landene som har lavest forbruk av antibiotika, både generelt og for volum av såkalt bredspektret, eller andrelinjes antibiotika. I Norge er det flere eldre som står på angst- og sovemedisin (benzodiazepiner) i mer enn ett år enn snittet i OECD. Norge er også blant den dårligste tredelen av OECD-landene på indikatoren som viser forhøyet dødelighet innenfor psykisk helsevern.

OECD rapporterer også fra Commonwealth Fund sin undersøkelse om pasienters erfaringer med primærlegene. Norge er blant de land som har høyest andel pasienter som er mindre fornøyd med fastlegene. Det gjelder både med hensyn til hvor mye tid de bruker på pasienter, hvor gode forklaringer de gir og pasientenes opplevelse av å bli involvert i beslutninger i behandlingen.

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

Som mål på kvaliteten på akutte tjenester måles dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt (AMI) og hjerneslag. Norge er blant de land som har klart best resultater. Alle landene kan presentere dødelighet på sykehus. Kun enkelte land, deriblant Norge, kan følge pasienten etter sykehusinnleggelsen, noe som gir et bedre mål på kvaliteten i hele pasientforløpet.

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

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Forventet levealder			☑
Innleggelse astma og KOLS[1]		☑	
Innleggelse ved kronisk hjertesvikt[1]			☑
Innleggelse diabetes[1]			☑
Ben- og fotamputasjon diabetikere		☑	
Forskrivning av antibiotika i PHT			☑
Volum av andrelinjes antibiotika[2]			☑
Benzodiazepiner eldre: lang tids bruk > 1år	☑		
Pasienterfaringer med lege	☑		
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI i og utenfor sykehus			☑
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			☑
Postoperativ blodpropp ben/lunge			☑
Postoperativ sepsis (blodforgiftning)	☑		
Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon		☑	
Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument			☑
Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument		☑	
Psykisk helse: Forhøyet dødelighet	☑		
Mammografiscreening			☑
Fem års overlevelse brystkreft			☑
Fem års overlevelse endetarmskreft			☑
Fem års overlevelse leukemi hos barn	☑		
Barnevaksinasjon meslinger		☑	
Influensavaksinasjon eldre	☑		

Farvekoder:

- Helsesystem
- Primærhelsetjenester
- Akutte tjenester
- Pasientsikkerhet
- Kreftbehandling
- Smittsomme sykdommer

Figur 2.1 Norges resultater i Health at a Glance 2017: OECD Indicators. OECD-landene er gruppert i tre deler etter hvordan de skårer på hver indikator.

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

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

OECD har i Health at a Glance-rapporten for 2017 valgt å publisere tre indikatorer for pasientsikkerhet ved kirurgiske inngrep, samt indikatorer for komplikasjoner ved fødsel. Det er vanskelig å finne gode sammenlignbare data for pasientsikkerhet ettersom det er forskjeller i hvordan ulike land registrerer diagnoser og prosedyrer, og det gjelder særlig koder knyttet til pasientsikkerhet. Indikatorer for pasientsikkerhet skal måle hendelser og utfall som forekommer sjelden, og dermed er det større usikkerhet knyttet til dataene og også hvordan en kan tolke resultatene. Gode resultater er ikke ensbetydende med god pasientsikkerhet, det kan være manglende rapportering. Dårligere resultat kan skyldes bedre prosedyrer for å registrere hendelser og uheldige utfall, og/eller en kultur for større åpenhet om uønskede hendelser.

Norge skårer godt når det gjelder indikatoren for forekomst av registrert postoperativ blodpropp i lunge (PE) og ben (DVT) etter operasjon for hofte- og kneprotese. Imidlertid behandles postoperativ blodpropp poliklinisk i Norge, og det er ikke inkludert i undersøkelsen. Dermed er det en underrapportering fra Norge, og det er ingen oversikt over hvilke andre land som også har systematisk underrapportering på forekomst.

Norge skårer dårlig med hensyn til sykehusinfeksjoner etter større mage/tarm-operasjoner (postoperativ sepsis), men her er det utfordringer med rapporteringen. Det kan være en overrapportering ettersom pasientpopulasjonen ikke kan avgrenses til kirurgiske pasienter.

OECD arbeider også med å utvikle en indikator for en såkalt «never-event» som det skal være mulig å unngå helt. En slik hendelse er gjenglemt gjenstand etter operasjon, hvor Norge skårer middels med ti tilfeller av gjenglemte gjenstander per 100 000 innleggelser. I en ti-års periode fra 2006–2015 var det 121 skadesaker i denne kategorien som ble vurdert av Norsk pasientskadeerstatning. Gjenstander og utstyr blir hyppigst gjenglemt i forbindelse med kirurgi innen ortopedi, mage-/tarm-lidelser, fødselshjelp og kvinnesykdommer, kreft og øre-nese-halssykdommer.

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

OECD ønsker også å utvikle indikatorer for psykisk helse som kan benyttes til internasjonale sammenligninger. De har valgt å undersøke forhøyet dødelighet for pasienter med alvorlige psykiske sykdommer. Raten er svært høy for pasientgruppen med schizofreni-diagnose og noe lavere for bipolare lidelser. Norge er blant de land som skårer dårligst på denne indikatoren.

Norge skårer godt når det gjelder kreftbehandling, med unntak av leukemi (blodkreft) hos barn. Leukemi er en ny indikator og Norge er i den dårligste tredelen for denne gruppen. På de andre kreftindikatorene er Norge blant de land som har best dekning av mammografiscreening, samt høy grad av fem års overlevelse for brystkreft og endetarmskreft.

OECD sin indikator for vaksinasjonsdekning er fra Verdens helseorganisasjon, og Norge skårer som snittet i OECD-landene for meslinger og er i den gruppen som har lavest dekning av influensavaksinasjon for eldre.

2.2 Commonwealth Fund

The Commonwealth Fund (CMWF) er en stiftelse i USA som gjennomfører årlige sammenligninger av helsesystem i en rekke land. Norge deltok for niende gang i 2017. I sistnevnte undersøkelse var det befolkningen 65 år eller eldre, som ble bedt om å vurdere hvor godt helsetjenestene i de respektive deltakerlandene fungerte. Spørreundersøkelsen inngår i Commonwealth Funds «International Health Policy»-program.

2017-undersøkelsen ble gjennomført i elleve land: Australia, Canada, Frankrike, Nederland, New Zealand, Norge, Storbritannia, Sveits, Sverige, Tyskland og USA. Hovedfunnene fra årets undersøkelse er i samsvar med hovedfunn i tidligere undersøkelser.

Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2017 viser at det er lettere å få helsehjelp utenfor fastlegenes kontortid i Norge enn i de andre landene. Det er også flere som oppgir at de er fornøyd med kvaliteten på helsetjenester.

Svært få av de norske svarerne rapporterer problemer med å betale for helsehjelp. I alt 13 prosent av de som svarte i Norge oppga at de hadde privat helseforsikring. Snittet for de andre landene var 40 prosent med privat helseforsikring. I Norge rapporterer syv prosent at de unnlot å oppsøke tannlege på grunn av kostnader. Snittet for de andre landene var 12 prosent.

Det er klart færre av de eldre pasientene i Norge enn i de andre landene, som svarer at fast-

legen alltid kjenner til viktig informasjon, tar seg god nok tid med deg, forklarer ting slik at det er lett å forstå og involverer deg så mye som du ønsker i beslutninger om behandling og helsehjelp. Commonwealth Fund har også stilt spørsmål om hvor ofte fastlegen oppmuntrer pasienten til å stille spørsmål. I Norge er det bare 18 prosent som sier at legen alltid oppmuntrer dem til å stille spørsmål. Snittet i de andre landene er 50 prosent.

På spørsmål om tilgjengelighet og tilgang på helsetjenester skårer Norge dårligere enn snittet for de andre landene når det gjelder hvor lenge pasienter må vente på time hos legespesialist. Det er også færre norske pasienter som raskt får time hos sin lege, det vil si får time samme eller neste dag. Som tidligere år skårer også Norge dårligere enn snittet når det gjelder utskrivingsprosess fra sykehus, og de rapporterer også dårligere erfaringer når det gjelder hvor fornøyd de er med informasjonsutveksling og koordinering mellom tjenester.

3 Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter. 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.

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet.

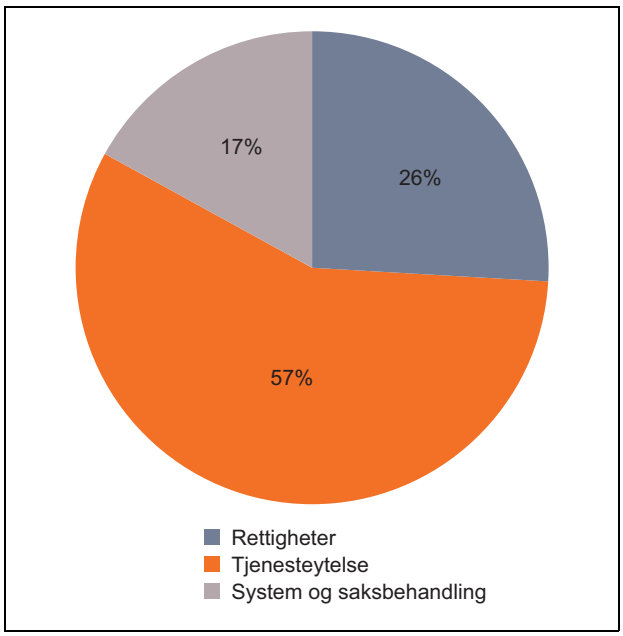
Ombudene har opplevd en jevn saksøkning de siste år, også i 2017 hvor de hadde 15 200 henvendelser. Det er likevel viktig å påpeke at ombudenes årsrapport ikke er en tilstandsrapport om helse- og omsorgstjenestene. De fleste har gode pasientopplevelser, hvor det ikke er nødvendig å kontakte ombudene. Ombudenes erfaringer er først og fremst viktige for å tydeliggjøre svakheter og forbedringspotensial.

3.1 Hovedtrekk i årsmeldingen

I 2017 omhandlet 46 prosent av sakene tjenestesteder i spesialisthelsetjenesten, 32 prosent var knyttet til tjenestesteder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I alt 14 prosent gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til et konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. Åtte prosent var henvendelser utenfor ombudenes mandat.

Over halvparten av henvendelsene som var knyttet til tjenestesteder dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. Pasient eller bruker opplevde at tjenestene ikke var forsvarlige eller omsorgsfulle, eller det ble stilt spørsmål ved om tjenestene var i tråd med god praksis.

I alt 26 prosent av henvendelsene som var knyttet til tjenestested gjaldt rettigheter. Som oftest var det mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter.



Figur 3.1 Hva pasienter og brukere henvender seg til pasient- og brukerombudene om.

I alt 17 prosent av henvendelsene som gjaldt tjenestestedene ble identifisert som svikt i systemer som er laget for å ivareta pasientsikkerhet og flyt i pasientbehandling.

I svært mange henvendelser, og i alle tre kategoriene, fant ombudene elementer av mangelfull eller dårlig informasjon. God kommunikasjon er avgjørende for pasientsikkerheten.

3.2 Særskilte tema

3.2.1 Om å klage, kunnskap og kompetanse

Ombudene ser mye kunnskapsløshet i tjenestestedenes saksbehandling av klager. Mange ansatte og ledere har for lite kompetanse på regelverk. Endringer gjøres uten å opplyse saken eller innhente brukernes mening. Beslutninger fattes uten vedtak eller begrunnelse. Det gis ikke informasjon om klagerettigheter. Det hjelper lite å vedta nye pasientrettigheter når tjenestene ikke har kunnskap om rettighetene eller hvordan de skal behandle dem.

Ombudene gjentar som tidligere at det trengs et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

3.2.2 Fastlegeordningen må moderniseres

Pasient- og brukerombudene har i flere år etterlyst en evaluering av fastlegeordningen. Ombudene mener derfor Stortingets vedtak om å evaluere fastlegeordningen var nødvendig.

Mange av henvendelsene til ombudene handler om manglende tilgjengelighet. Det kan være vanskelig å komme gjennom på telefonen. Det kan også være vanskelig å få time innen fem dager, slik hovedregelen skal være.

Pasienter er avhengig av informasjon om rettigheter for å kunne manøvrere godt i *pasientens helsetjeneste*. Ombudene mener fastlegeordningen må ivareta dette i større grad enn i dag. Kunnskap om pasientrettigheter blant helsepersonell er også en forutsetning for at pasientene skal få innfridd sine rettigheter. I noen saker ser de at det ikke er slik: *Pasienten kontaktet sin fastlege for å be om en fornyet vurdering hos annen fastlege. Ved legekontoret fikk pasienten beskjed om at det ikke eksisterte en slik ordning.*

Enkelte fastlegekontor er ikke universelt utformet. Andre har ikke lokaler som er tilrettelagt med tanke på personvern: *Pasienten opplevde stort ubehag ved besøk på sitt fastlegekontor. Det var ingen skjerming mellom resepsjon og ventesonen. De som ventet på konsultasjon kunne høre alt som ble sagt.*

Pasienter etterlyser svar på alle prøvesvar, og ikke som i dag; «Du får beskjed om noe er galt». En del alvorlige klagesaker skyldes nettopp mangelfull oppfølging av prøvesvar:

I epikrise fra sykehuset til fastlegen sto det at pasienten jevnlig måtte følges opp med nye blodprøver. Pasienten ble ikke informert om dette, og fastlegen fulgte ikke opp.

Ombudene mener kopi av alle prøvesvar bør være et tilbud til pasientene.

Det å bruke tolk er en plikt når det er nødvendig for at pasienten skal forstå innholdet i den informasjonen som gis. Helsepersonellets ansvar for å bestille tolk ved behov må etterleves.

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten må gi tilstrekkelig informasjon. Ombudene mener at et av flere tiltak for å bedre dette, vil være å gi pasientene en kopi av henvisningen.

3.2.3 Ja, det gjelder livet

I oktober 2017 publiserte Helsetilsynet sin rapport «Det gjelder livet» som gjaldt tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Rapporten påviste omfattende og til dels alvorlig svikt. Ombudene deler erfaringene til Helsetilsynet på dette området.

Det er i all hovedsak pårørende som kontakter ombudet i slike saker. Pårørende melder om manglende eller ikke fungerende koordinator, mangelfull plan for tiltak, stor bruk av vikarer og ufaglært personell og lite informasjon og medvirkning. I mange saker er tjenestene gitt som kollektive tjenester til en hel brukergruppe, uten mulighet for individuell tilpasning.

3.2.4 Avlastning

Pårørendes innsats er en stor ressurs. Det er viktig at deres behov for avlastning blir ivaretatt.

Det er få som klager på vedtak om avlastning, men de pårørende som gjør det vinner ofte frem. Ombudene mener det er urovekkende når kommunenes avgjørelser på dette området ikke står seg i nesten halvparten av klagesakene som behandles hos fylkesmennene. Også ombudene erfarer mangelfull kunnskap og regelforståelse hos kommunene på dette området.

3.2.5 Omsorgen for eldre

Når det gjelder tjenester til eldre, er det ofte pårørende som kontakter ombudene. Ombudene erfarer ulik praktisering og lokal variasjon i forhold til å tilby eldre sykehjemsplass. Pårørende til sykehjemspasienter opplyser om varierende kvalitet på tilbudet. Pårørende forteller om fallskader, liggesår, uoppdagede brudd, feilmedisinering, mangelfull ernæring og dehydrering. Dette bekymrer ombudene.

Samhandling og kommunikasjon ved overgangen fra sykehus til kommune er et gjentakende problem. Pasienter skrives ut fra sykehus og hjem til egen bolig, til tross for at sykehuspersonalet vurderer at pasienten trenger rehabiliteringsplass. Sykehusets uttalelser skaper forventninger hos pasient som ikke innfris.

Ombudene erfarer at forskjellen på innholdet i tjenestene på et sykehjem og i en bemannet omsorgsbolig kan være vanskelig å forstå for pasient og pårørende. Ulikhetene i tilbudene kommer ikke alltid like klart fram.

En økende andel kommuner tilbyr forebyggende hjemmebesøk til eldre. Ombudene er enig i at dette er et sentralt virkemiddel i kommunenes forebyggende arbeid. Ombudene mener at forebyggende hjemmebesøk bør være et tilbud til alle eldre over 80 år som ikke allerede mottar helse- og omsorgstjenester.

3.2.6 Rusavhengige må sikres bedre behandlingsforløp

Rusavhengige har ofte behov for ulike hjelpetiltak over tid. Da er det avgjørende at tiltakene er koordinert. Opphold i behandlingsforløpet kan være sårbare overganger. En mer aktiv bruk av individuell plan kan bidra til bedre behandlingsforløp. Pasient- og brukerombudene erfarer at mange rusavhengige fortsatt ikke har individuell plan.

I tillegg etterlyses mer medvirkning. Fortsatt mottar ombudene klager fra pasienter som har legemiddelassistert rehabilitering og som forteller om manglende medvirkning ved valg av medisiner. Ombudene mener det må være en forutsetning at pasienter også i denne delen av helsetjenesten får en individuell vurdering av sin tilstand.

3.2.7 Prioritering av barn og unge – mindre snakk og mer handling

Pasient- og brukerombudene erfarer at helsetjenester til barn og unge ikke i tilstrekkelig grad møter reelle behov.

En forutsetning for at tilbudet i kommunene skal nå barn og ungdom, er at tjenestetilbudene er kjent og oppleves som lett tilgjengelig. I dag er det store forskjeller i barn og unges tilgang til helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Ombudene erfarer at overgangene mellom barne- og voksenavdelinger i sykehus kan by på store utfordringer for pasientene. Ungdommene opplever mangelfull informasjon og dårlig flyt. Dette skaper utrygghet. Ombudene forventer at ungdomsrådene blir en tett samarbeidspartner når helseforetakene skal utvikle rutiner for overgang fra barne- til voksenavdeling, og at de sykehus som ikke har et ungdomsråd etablerer dette.

Ombudene uttrykker også bekymring for tilbudet til barn og unge med psykisk sykdom. Fra foreldre, ungdom og ansatte i tjenestene etterspørres en økning i kapasiteten ved poliklinikkene og døgnavdelingene, men også at samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten styrkes.

3.2.8 Pasientforløpene – utfordringer

Fritt behandlingsvalg

Hovedregelen er at pasienten har fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten. Ombudene erfarer at det er varierende kjennskap til denne rettigheten – både hos pasienter og helsepersonell. Det er også varierende vilje i tjenestene til å informere om muligheten til å velge annet behandlingsted.

Underveis

I årsmeldingen for 2016 uttrykte ombudene bekymring for at virksomhetens fokus for å unngå fristbrudd går ut over kvaliteten på det totale pasientforløpet. Denne bekymringen har ombudene fortsatt.

Kontaktlege

Pasienter med alvorlig sykdom og behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt en kontaktlege. Ved en del sykehus ser det ut som at ordningen kun fungerer som en rett på papiret.

Eksemplene nedenfor er tatt fra hele landet:

Pasienten opplevde flere episoder med rot, dårlig organisering og mangelfull informasjon. Pasienten kontaktet sykehuset og etterlyste kontaktlege. Sykehuset svarte at det var noe avdelingen ikke hadde mulighet til å få til.

Pasienten opplevde å få nye leger for hver konsultasjon, med dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom avdelingene. Legene på vakt kunne ikke besvare spørsmål. Ingen kunne svare på hvem som var kontaktlege.

Legene sa ulike ting, svarte ulikt på pårørendes spørsmål, og etterlot et inntrykk av å være uenige med hverandre og samarbeidet ikke. Da pårørende ba om kontaktlege, viste det seg at legene ikke kjente til ordningen.

Ordningen med kontaktlege fungerer ikke som forutsatt, mener ombudene.

Hjem igjen med kunnskap i kofferten?

Ombudene mottar henvendelser om manglende informasjon ved utskriving. Pasienter mangler informasjon om behandlingen, hvordan de skal forholde seg etter utskriving og videre oppfølging.

Ombudene erfarer at utskrivingssamtale gjennomføres i for liten grad. Ombudene forventer at dette blir en selvfølgelig avslutning på ethvert sykehusopphold.

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennen

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten i landet, er overordnet myndighet for klager som gjelder manglende oppfyllelse av rettigheter og utøver myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Helsetilsynet behandler saker som omhandler svikt i helse- og omsorgstjenesten, og saker hvor det er aktuelt med pålegg mot virksomheter eller reaksjoner mot helsepersonell. 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.

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

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

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

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

4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering

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

4.1.1 Landsomfattende tilsyn i 2017

Tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottak

I perioden 2016–2018 har det vært ført tilsyn med akuttmottakenes identifisering og behandling av sepsis (blodforgiftning). Pasienter med alvorlige infeksjoner/mulig sepsis og identifisert sepsis, er blant de pasientene som er mest avhengige av at akuttmottakene fungerer slik de skal. Tilsynet avdekket mangler og svikt i alle helseforetakene som ble undersøkt. Et gjennomgående og alvorlig funn i tilsynet er at pasienter med nedsatt organfunksjon har vært utsatt for risiko – ved at de måtte vente uforsvarlig lenge før de fikk antibiotikabehandling. Dette er pasienter hvor behandlingsforløpet må gå raskt og hvor det kan stå om liv.

I akuttmottak hvor pasienter med sepsis hadde fått sen antibiotikabehandling, var forsinket legetilsyn/-undersøkelse ofte en viktig årsak. I mange helseforetak var det ikke systematisk observasjon av pasienten som kunne avdekke raske endringer av helsetilstanden. Stor pågang/samtidighetskonflikter var i mange tilfeller en risikofaktor. Ledelsen i flertallet av helseforetakene hadde ikke tilstrekkelig kunnskap om faktisk aktivitet og drift i akuttmottaket, og de hadde ikke nok data til å vite om akuttmottaket ga pasienter hjelp så fort som hastegraden tilsa, og hvor ofte det sviktet.

Forsinket diagnostikk og behandling av sepsis er en kjent pasientsikkerhetsutfordring interna-

sjonalt. Før det landsomfattende tilsynet hadde en ikke noen god oversikt over hvordan sykehusene tar i mot og behandler pasienter med sepsis i Norge. Svikten som Helsetilsynet avdekket var i liten grad kjent for sykehusene på forhånd, fordi de ikke hadde etablert systemer som kunne fange opp hvordan denne viktige pasientgruppen faktisk ble behandlet. Videre uttrykte sykehusene at det var krevende å samle relevante data som kunne si noe om diagnostikk og behandling. Uten slike data var det vanskelig å komme i gang med et målrettet forbedringsarbeid. Tilsynets erfaring er at planlagt tilsyn derfor kan være et godt virkemiddel for å avdekke viktige pasientsikkerhetsutfordringer som ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet fra sykehusene.

Funnene fra tilsynet er oppsummert og presentert i Rapport fra Helsetilsynet 1/2018: Sepsis – ingen tid å miste.

4.1.2 Varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten

I 2017 har Statens helsetilsyn håndtert 638 tilsynssaker på grunnlag av varsler om alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Antall varsler har økt jevnt siden etablering av varselordningen i 2010. Siden varselordningen ble opprettet, har Statens helsetilsyn gjennomført 99 stedlige tilsyn. I 2017 ble det gjennomført 13 stedlige tilsyn.

Alle varsler følges opp tilsynsmessig tilpasset sakens karakter. Ved hver alvorlige hendelse gjør Avdeling for varsler og operativt tilsyn (tidligere Undersøkelsesenheten) innledende undersøkelser for å kartlegge hendelsen, hvordan pårørende er fulgt opp og hvordan virksomheten selv planlegger å følge opp hendelsen. Basert på en tverrfaglig helsefaglig, juridisk og tilsynsfaglig vurdering, besluttes det hva som er hensiktsmessig oppfølging i sakene. Dette gjøres i samråd med fylkesmannen, og det gis skriftlig tilbakemelding til virksomheten.

Omtrent halvparten av varslene som kommer til Helsetilsynet, er fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Over halvparten av disse varslene ble avsluttet etter innledende undersøkelser. Mangler ved utredning, behandling og kontinuitet i behandlingen er vanlige funn tilsynet ser ved oppfølging av varslene. I en stor del av varslene er det imidlertid ikke nødvendigvis sammenheng mellom helsehjelpen og hendelsen. Pasienten kan ha fått god behandling og oppfølging, og likevel ta sitt eget liv eller komme til skade på annen måte. Statens helsetilsyn ønsker å organisere varselhåndteringsprosessen bedre, slik at de kan fange opp de alvorligste hendelsene. I samarbeid med enkelte helseforetak har Helsetilsynet utarbeidet et informasjonsskriv for å gjøre vurderingene mer treffsikre.

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

Sakene har vist eksempler på svikt i forbindelse med:

- medisinering med cellegift til et seks år gammelt barn, som døde. Pasienten fikk ikke forsvarlig helsehjelp da det ble gitt cellegift på feil måte. Tilsynet avdekket at foretaket ikke sikret forsvarlig helsehjelp til barn med kreft som mottar cellegift i cerebrospinalvæsken. Foretaket hadde ikke etablert tilstrekkelige retningslinjer og kontrollrutiner for å sikre at legemidler som injiseres i cerebrospinalvæsken hos barn med kreft, ikke blir forvekslet.
- bruk av elektromedisinsk utstyr, som førte til alvorlig skade og dødsfall hos to barn i forbindelse med mandeloperasjon på en privat klinikk. Virksomheten hadde ikke sikret korrekt bruk av det elektromedisinske utstyret i forbindelse med utførelse av mandeloperasjoner.
- benmargstransplantasjon der pasienten ikke fikk benmarg fra den best egnede donoren. Virksomheten hadde ikke sørget for tydelig oppgavefordeling og ansvarsstruktur, og hadde heller ikke fulgt opp at etablerte retningslinjer og sjekklister ble benyttet som kontrollpunkter etter hensikten.
- behandling av pasienter med alvorlig øyesykdom der et ikke-sterilt legemiddel ble injisert i øye med påfølgende infeksjon og blindhet. Årsaken var mangelfull risikovurdering da legemiddelet ble brukt på annen måte enn produsenten hadde lagt opp til, og tilvirkning skjedde på avdeling under ikke tilfredsstillende hygieniske forhold.
- bruk av medisinsk utstyr ved kirurgiske inngrep. Mangelfull opplæring og kunnskap om risikoforhold medførte at flere pasienter ble påført alvorlig skade på hovedpulsåren med stor blødning. Rutinene ved innføring av nytt utstyr sviktet da viktig informasjon fra produsentene ikke tilfløt det helsepersonellet som tok utstyret i bruk.

– en risikofødsel der involverte jordmødre ikke hadde nødvendig kompetanse til å fange opp signaler på alvorlig utvikling. Helsedirektoratets kvalitetskrav til fødselsomsorgen er ikke implementert ved alle landets fødeinstitusjoner, og det medfører økt risiko for uforsvarlig helsehjelp. Saken viste også at involvering av pårørende i etterkant både som ledd i ivaretagelse og som en viktig ressurs i kvalitetsforbedringsarbeidet, hadde stort forbedringspotensial.

Virksomhetene utfordres på hvordan de følger opp alvorlige hendelser både internt og overfor pårørende. Helsetilsynet følger opp inntil nødvendige risikoreduserende og kvalitetsforbedrende tiltak er iverksatt. Erfaringen er at virksomhetene er kommet ulikt i arbeidet med å lære av alvorlige hendelser. Særlig ser Helsetilsynet utfordringer på dette området når hendelser involverer flere enheter/ helseforetak og der ulike arbeidsmiljø- og samarbeidsutfordringer kompliserer bildet.

4.2 Særskilte tema

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

Fødselsomsorgen

Helsedirektoratet utga veilederen «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen» i 2010. Statens helsetilsyn har sammen med Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging i alle landets fødeinstitusjoner for å se nærmere på om kvalitetskravene er implementert.

De fant at alle landets fødeinstitusjoner hadde innført seleksjonskriterier i henhold til nasjonale føringer, men at flere avdelinger ikke hadde skriftliggjort ansvarsområder til jordmor og lege. Videre var det få som registrerte om jordmor ga en-til-en oppfølging til kvinner i aktiv fødsel. Resultatene viste også at det fortsatt er mange ubesatte stillinger, spesielt legestillinger, på fødeavdelingene. Halvparten av fødeavdelingene mente at kvalitetskravene hadde ført til bedre opplæring, men undervisningen var i liten grad tverrfaglig eller obligatorisk. Kartleggingen ble publisert i Tidsskriftet for Den norske legeforening 18. september 2017.

Oppsummering av tilsynssaker og kartlegging av alvorlige hendelser innen svangerskaps- og fødselsomsorgen

Statens helsetilsyn har også innhentet og analysert 338 tilsynssaker som gjelder helsehjelp gitt under svangerskap og fødsel. Sakene ble avsluttet hos fylkesmannen eller i Helsetilsynet i perioden 2009–2013. Resultater og funn fra undersøkelsen ble publisert våren 2018.

Tilsynet har også kartlagt tre typer av alvorlige hendelser i 12 utvalgte fødeinstitusjoner. De tre kategoriene hendelser er alvorlig oksygenmangel, vanskelig skulderforløsning og alvorlig blødning hos den fødende. Kartleggingen ble gjennomført i 2017 og materialet analyseres nå. Hensikten er å se hva som skjedde ved de alvorlige hendelsene og om helseforetaket har gjennomgått og analysert hendelsen som ledd i kvalitetsforbedrende arbeid. Videre er det også innhentet informasjon fra pasientene om hvilken informasjon og oppfølging de fikk etter den alvorlige hendelsen.

Tilsyn med helsetjenester til militært personell i utenlandsoperasjoner

Etter avtale mellom Forsvarsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet skal Statens helsetilsyn føre tilsyn med helsetjenester til norsk personell i militære utenlandsoperasjoner for å undersøke om personellet får tilstrekkelige og forsvarlige helsetjenester. Helsetilsynet har i 2017 undersøkt Forsvarets system for dokumentasjon av helsehjelp under utenlandsoperasjoner enten hjelpen er gitt av eget helsepersonell eller annet lands personell. Dette var en oppfølging av et tidligere tilsyn gjennomført i 2012, hvor det ble avdekket lovbrudd. Formålet har vært å undersøke om tiltakene etter det forrige tilsynet har vært effektive, virksomme og stabile over tid. Tilsynet konkluderte med at Forsvaret ikke har sikret et hensiktsmessig og funksjonelt system for dokumentasjon av helsehjelp gitt under utenlandsoperasjoner. Helsetilsynet påpeker at det er alvorlig at det fortsatt er de samme grunnleggende manglene ved ordningene for journalføring som ved det forrige tilsynet. Funn fra dette tilsynet viser at Forsvaret ikke overvåker egen virksomhet og setter i verk nødvendige forbedringstiltak.

Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer

Statens helsetilsyn fører tilsyn etter blodforskriften, forskrift om kvalitet og sikkerhet ved håndte-

ring av humane celler og vev og forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon. Forskriftene stiller krav om å føre jevnlige tilsyn med at virksomhetene etterlever minimumskravene i forskriftene.

Overføring av humant materiale fra donor til mottaker har en iboende risiko for overføring av sykdom via blod, celler, vev eller organer. Minimumskravene til kvalitet og sikkerhet er derfor strenge, og tilsynet finner fortsatt forbedringsområder ved planlagte tilsyn. Tilsynsfunn som innebærer økt risiko for pasientene, er for eksempel:

- ikke god nok identitetskontroll av blodpose og blodmottaker før blodoverføring
- håndtering av humant materiale uten nødvendig godkjenning for aktiviteten
- feil og mangler ved lokaler der humant materiale eksponeres for romluft
- ikke tydelig fordeling av oppgaver, ansvar og myndighet ved organdonasjon
- ledelsen sikrer ikke samsvar mellom myndighetskrav, retningslinjer og praksis.

Statens helsetilsyn registrerer at de private fertilitetsklinikkene ekspanderer gjennom å etablere tilbud om fertilitetsbehandling flere steder. Endringer og økt aktivitet stiller krav til at virksomhetene sørger for tilstrekkelig kompetanse og tilfredsstillende lokaler ved samtlige enheter.

Legevakt

I 2015–2017 er det gjennomgått 30 tilsynssaker som handler om alvorlige feil ved behandling på legevakt. Gjennomgangen viser at styring og ledelse av virksomhetene er viktig for å sikre god pasientbehandling og for å hindre at uønskede hendelser skjer. De aktuelle legevaktene ble bedt om å gjennomgå planene for bemanning og sikring av kompetanse, samt sine rutiner og hvordan disse blir fulgt opp. Svarene fra virksomhetene viser at de har gjort tiltak for å minske risikoen for at uønskede hendelser skal skje igjen.

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 helsetjenestens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebyggelse. I tillegg til årsrapporten, utarbeider NPE årlige rapporter som presenterer statistikk for regionale helseforetak og for privat helsetjeneste.

5.1 Hovedtrekk i årsrapporten

Antall saker meldt til NPE gikk opp fra 5629 i 2016 til 5821 i 2017. Dette er en økning på tre prosent. I 2017 fikk 1220 erstatningssøkere medhold i kravet sitt, mens 3037 fikk avslag. Dette gir en medholdsandel på 29 prosent. Medholdsandelen er tre prosentpoeng lavere enn i 2016. I offentlig helsetjeneste er medholdsandelen 28 prosent, mens den er 38 prosent i privat helsetjeneste. NPE utbetalte i alt 979 millioner kroner i erstatninger i 2017. Dette er omtrent på samme nivå som i 2016.

NPE viser i årsrapporten til rapportene «Statistikk for regionale helseforetak» og «Statistikk for privat helsetjeneste». Det er et siktemål at disse rapportene skal gi inspirasjon til forbedringsarbeid i helsetjenesten. Årsrapporten til NPE inneholder ikke hovedresultater fra disse statistikkrapportene, men de er publisert på NPEs nettside.

I rapporten for regionale helseforetak framkommer det at NPE innenfor spesialisthelsetjenesten behandler flest saker knyttet til ortopedi (38 prosent), svulster og kreftsykdommer (15 prosent), fødselshjelp og kvinnesykdommer (6 prosent), gastroenterologisk kirurgi (6 prosent) og psykiatri (5 prosent). Svikt i behandlingen er den hyppigste årsaken til medhold med 57 prosent. Forsinket eller feil diagnose utgjør den nest største andelen med 27 prosent. Nytt av året er at det er tatt med detaljert statistikk som viser årsak til svikt i behandling og diagnostikk fordelt på de medisinske områdene for hvert av de regionale helseforetakene.

Rapport for privat helsetjeneste viser at NPE har mottatt 4591 saker siden virksomheten overtok ansvaret for disse sakene i 2009. Antallet saker har økt hvert år siden 2009 og utgjorde i 2017 13 prosent av den totale saksmengden. Hver enkelt innmeldt sak knyttes til en eller flere helsepersonellgrupper. Tannleger og tannlegespesialister utgjør totalt 58 prosent av helsepersonellgruppene. Kirurger er den nest største helsepersonellgruppa med 16 prosent av sakene. Kirurgi er hovedsakelig knyttet til de tre medisinske områdene plastikkirurgi, ortopedi og gastroenterologisk kirurgi. Hele 77 prosent av medholdssakene i privat helsetjeneste gjelder svikt i behandlingen.

5.2 Særskilte tema

I årsrapporten er det et eget kapittel om pasientsikkerhetsarbeidet – «Pasienttryggleiksarbeidet må byggje på kunnskap». Det framgår at 25 000 pasienter eller pårørende er tilkjent erstatning siden ordningen ble etablert i 1988. I over 80 prosent av disse sakene er det konkludert med at pasienten er påført en skade som følge av svikt i helsehjelpen. De vanligste årsakene er svikt i behandling eller svikt i diagnose.

Svikt i behandlingen skyldes oftest feil behandlingsteknikk eller behandlingsmetode, ufullstendig eller ikke igangsatt behandling, at det ikke var tilstrekkelig grunnlag for behandlingen eller at det var mangelfull sikring, overvåking eller tilsyn av pasienten.

Svikt i diagnostikk skjer primært ved at funn ikke blir fulgt opp, feiltolkning av prøvesvar eller klinisk undersøkelse, at det ikke ble rekvirert prøve eller undersøkelse eller at symptomer i akuttsituasjon har blitt feiltolket.

I mange av sakene har svikt i helsehjelpen gitt alvorlige pasientskader som forverret sykdomsforløp, mer omfattende behandling, dårligere sluttresultat, redusert prognose og dødsfall.

Årsrapporten har også et kapittel om NPEs nye artikkelserie «Kort om» som blir publisert på www.npe.no. Dette er en artikkelserie som ble lansert høsten 2017. Artiklene presenterer kort og

oversiktlig erstatningsstatistikk innen utvalgte medisinske områder. Intensjonen er å enkelt dele noe av tallmaterialet til NPE i en forståelig og informativ innpakking. Den første artikkelen omhandlet forsinket diagnose av brystkreft. I de to påfølgende månedene var prostatakreft og ryggkirurgi tema. Det første temaet i 2018 var blodfortynnende behandling.

6 Meldeordningen

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

6.1 Hovedtrekk i årsrapporten

I 2017 mottok meldeordningen 10 126 meldinger. Av disse var det 445 meldinger som ikke var meldepliktige. De resterende 9681 meldinger ble inkludert i analyser av hendelsestyper, alvorlighetsgrad og medvirkende faktorer, se figur 6.1.

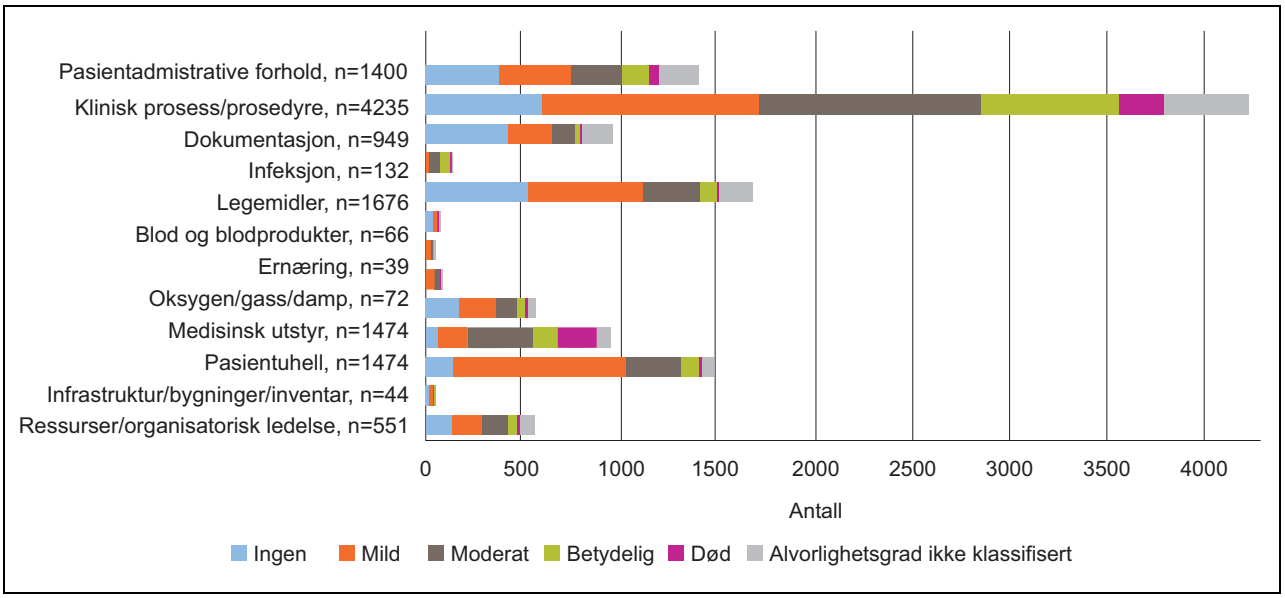
I 1041 hendelser var det registrert betydelig skade (11 prosent). Av de 487 hendelsene (5 prosent) som omhandlet dødsfall, var det 178 selvmord. I 1930 hendelser (20 prosent) var det ikke registrert noen skade på pasienten. Disse er meldt fordi hendelsene kunne ha medført betydelig pasientskade.

Antall innmeldte hendelser var svakt økende fra oppstart i 2012 til utgangen av 2016, men har gått noe ned i 2017. Rundt fem prosent av hendelsene omhandlet dødsfall. Dette har vært stabilt siden 2012.

Ifølge spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 skal melding om uønsket hendelse sendes «straks». Dette er definert som «senest 24 timer etter at det meldepliktige forholdet ble kjent». I årene fra 2012 ble 11–18 prosent sendt innen 24 timer, mens i overkant av 40 prosent ble sendt innen tre døgn.

De mottatte meldingene klassifiseres av Meldeordningen i henhold til WHOs klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser og fordeles i ulike hendelsestyper og etter alvorlighetsgrad som vist i figur 6.1. Klassifikasjonen er basert på informasjon i mottatte meldinger. Meldeordningen har ikke informasjon om konsekvensene for pasientene etter at hendelsene er meldt.

Som figur 6.1 viser, forekom hendelser relatert til *kliniske prosesser/prosedyrer* hyppigst, deretter følger kategoriene *legemidler, pasientuhell* og *pasientadministrative forhold*.



Figur 6.1 Alvorlighetsgrad i de ulike hendelsestypene. N=9 681

Svikt i pasientadministrasjon utgjorde 14,5 prosent av hendelsene (n=1400). I 141 hendelser ble skade på pasient vurdert til betydelig og i 56 hendelser døde pasienten. De alvorligste og hyppigst forekommende situasjonene var avvik ved respons på akuttsituasjoner (n=364). Overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse eller internt i virksomheten var også risikosituasjoner (n=317). Avvik ved innleggelse var beskrevet i 226 hendelser og svikt ved henvisningsrutiner var beskrevet i 211 hendelser.

Avvik knyttet til *kliniske prosesser/prosedyrer* forekom i 43,8 prosent av hendelsene (n=4235). I denne kategorien var det 235 pasienter som døde, og i 712 hendelser var det betydelig pasientskade. Hyppigste avvik var at retningslinjer/prosedyrer ikke var fulgt (n=2647) og/eller at behandling ble igangsatt for sent (n=1459) eller utført feilaktig (n=422). I 922 hendelser var det registrert problemer knyttet til diagnose/vurdering av pasienter (460 fikk forsinket diagnose og 476 fikk feil diagnose). Forsinket diagnose og mangelfull behandling var de kategoriene med størst andel alvorlige hendelser.

Uønskede hendelser vedrørende *dokumentasjon* var beskrevet i 949 meldinger; 10 prosent av hendelsene. I 29 hendelser var det registrert betydelig skade, og i seks hendelser døde pasienten. Hendelser klassifisert som dokumentasjonssvikt inkluderte blant annet feil ved journalføring og at relevant og nødvendig dokumentasjon manglet eller var ufullstendig.

I 1676 meldinger (17 prosent) var det registrert feil knyttet til *legemiddelhåndtering*. Betydelig pasientskade var registrert i 83 hendelser. I 14 hendelser ble det meldt at pasienten døde. 1146 hendelser omhandlet feil ved utdeling av legemidler til pasient på sykehusavdeling. Feil ved ordinasjon var beskrevet i 363 hendelser, mens avvik ved istandgjøring/tilberedning forekom i 72 hendelser. Pasienter fikk legemiddel i feil dose, styrke eller frekvens i 620 hendelser. I 327 hendelser ble forordnet legemiddel ikke gitt til pasienten, mens feil legemiddel ble gitt i 246 hendelser.

Fall var beskrevet i 1330 meldinger (14 prosent). Hyppigst forekommende var at pasienten mistet balansen (n=425), falt fra seng (n=392) eller falt i forbindelse med toalettbesøk (n=262).

6.2 Særskilte tema

Konsekvenser av uønskede hendelser

I tillegg til konsekvenser for pasienter som ble rammet, kartlegger meldeordningen også konsekvenser for virksomheten og for øvrige pasienter. Blant de 6070 hendelsene (63 prosent) som inneholdt tilstrekkelig informasjon til at klassifikasjon av dette var mulig, var fordelingen som følger:

- behov for ekstra undersøkelser/tester for involvert pasient (n=4036)
- behov for ekstra helsepersonell (n=3213)
- forstyrret arbeidsflyt eller forsinkelse i behandling av andre pasienter (n=3106)
- behov for ekstra utstyr (n=1850)
- involvert pasient måtte flyttes til spesialavdeling/høyere behandlingsnivå (n=1395)
- forlenget liggetid for involvert pasient (n=1015)

Dette viser at uønskede hendelser har store menneskelige og økonomiske konsekvenser på ulike nivåer og områder; for den involverte pasienten, andre pasienters behandlingsforløp og med ekstra belastning for virksomheten.

Læringsnotater

Tema for læringsnotater fra meldeordningen er valgt etter vurdering om det synes å være muligheter for læring og forbedring, og om det er behov for å løfte fram spesielle risikoområder på systemnivå. Meldeordningen publiserte fem læringsnotater i 2017 med følgende temaer:

- infeksjon etter injeksjon i øyet
- uønskede hendelser ved radiologiske billeddiagnostikk
- bruk av MR-sjekkliste
- administrasjon av kalium til infusjon
- selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse

Risiko- og forbedringsområder er presentert i læringsnotatene. I tillegg leverer meldeordningen oppsummerte resultater eller datafiler til ulike fagmiljøer. Dette bidrar til at data og resultater på nasjonalt nivå blir anvendt utenfor selve meldeordningen.

7 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og baserer seg på rammeverket til OECDs *Health Care Quality Indicator Project*. Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Ansvaret er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.

En kvalitetsindikator er et mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene våre. Kvalitetsindikatorsystemet består ved utgangen av 2017 av 171 indikatorer innenfor områdene somatisk helsetjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester, legemidler, akuttmedisinske tjenester, psykisk helsevern og rus. «Kvalitet i helsetjenesten» er definert som helsetjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljøene i helsesektoren, brukerrepresentanter, fagorganisasjoner og registermiljø.

Nasjonale kvalitetsindikatorer har flere formål. De skal brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i tjenestene, og gi helsemyndigheter og ledere på alle nivå et godt grunnlag for styring og prioritering. Kvalitetsindikatorene skal gi pasienter, brukere og pårørende mulighet til å velge behandlingssted på et kvalifisert og informert grunnlag. Sist, men ikke minst skal de bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet. Resultatene offentliggjøres derfor regelmessig på helsenorge.no. Helsedirektoratet planlegger nye nettsider for visning av kvalitetsindikatorer på helsedirektoratet.no.

7.1 Oppsummering fra årsrapporten 2017

Det utgis en årlig rapport om nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som oppsummerer årets leveranser, fokusområder og prioriterte oppdrag. I 2017 ble det utviklet 19 nye kvalitetsindikatorer, mens syv indikatorer ble faset ut. Det ble utviklet nye indikatorer innen områdene graviditet og fødsel, infeksjon, legemidler, kreft, hjerte- og karsykdommer, dialysebehandling, psykisk helse og rus, og kommunale helse- og omsorgstjenester. 39 eksisterende indikatorer ble revidert, 33 innen området kreft og seks innen infeksjon. Antall kvalitetsindikatorer har økt fra 159 indikatorer i 2016 til 171 ved utgangen av 2017. Resultater for nye og eksis-

Tabell 7.1 Oversikt over antall nasjonale kvalitetsindikatorer 2017 (2016-tall i parentes)

Overordnede områder	Totalt antall kvalitetsindikatorer	
Somatisk helse[1]	106	(104)
– herav pakkeforløp for kreft	30	(30)
Psykisk helse og rus	29	(25)
Kommunale helse- og omsorgstjenester[2]	31	(26)
Legemidler	5	(4)
Utfasete kvalitetsindikatorer	7	(5)
Sum	171	(159)

[1] Inkluderer akuttmedisin
[2] Inkluderer tannhelse
Kilde: Årsrapport for Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem 2017, Helsedirektoratet, IS-2693

terende kvalitetsindikatorer ble publisert fem ganger i 2017. Ved utgangen av året var det 20 ulike dataleverandører som leverte data til kvalitetsindikatorsystemet.

7.2 Kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenesten

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre at befolkningen får tilgang til gode helsetjenester uavhengig av hvor i landet en bor, og samtidig gi informasjon om endringer over tid, måloppnåelse og spredning i resultater mellom ulike regioner og enheter. For de fleste indikatorer har et stort flertall av pasientene (80–100 prosent) nytte av at målet blir innfridd. Når kravet som indikatoren måler er innfridd, skal sannsynligheten for et godt pasientresultat være større og vice versa. Det er likevel ikke slik at målet for en kvalitetsindikator alltid bør være enten 0 eller 100 prosent. For noen indikatorer kan et slikt mål være urealistisk, eller ikke ønskelig. Det kan være noe ved pasientens tilstand eller andre medisinske forhold, som gjør at man i noen tilfeller skal avvike fra standard behandlingsforløp.

De fleste indikatorer innen spesialisthelsetjenesten måles på fire nivåer; landsnivå, per regionalt helseforetak, helseforetak og behandlingssted. Indikatorer innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten måles på landsnivå, per fylke og kommune. Alle kan sammenlignes over tid. For å kunne gjøre en helhetlig vurdering av kvaliteten i helsetilbudet må en se på forskjeller i resultatene mellom ulike enheter. Selv om nivået på en kvalitetsindikator kan være tilfredsstillende på landsnivå, kan det likevel være stor variasjon mellom fylker eller kommuner, eller mellom de ulike sykehusene. Større variasjon enn forventet mellom de ulike enhetene kan bety at tilbudet kvalitetsmessig ikke er det samme for alle pasienter (uønsket variasjon), blant annet fordi like pasienter, av ulike grunner, blir behandlet ulikt. Alternativt kan variasjonen skyldes faktorer som ulik pasientsammensetning, alder, tilstandens alvorlighetsgrad og liknende som mer er knyttet til demografi og behandlingsstedenes tildelte oppgaver (funksjonsdeling). Denne type variasjon kan oppstå som et resultat av hvordan helsetjenesten organiseres, og blir dermed en nødvendig konsekvens av det. I tillegg er det alltid noe tilfeldig variasjon. Tilfeldighetene spiller en større rolle dess lavere antall pasienter som blir behandlet og registrert.

I det følgende presenteres kvalitetsindikatorer for 2017 for tre utvalgte områder hvor resultatene viser til dels betydelig variasjon: pakkeforløp for kreft, kommunale helse- og omsorgstjenester og psykisk helsevern. Beskrivelsene fokuserer i hovedsak på resultater som indikerer utfordringer i forbedringsarbeidet. Her presenteres også resultater for pasienterfaringsundersøkelser gjennomført i 2017 og som publiseres som nasjonale kvalitetsindikatorer. Undersøkelsene avdekker også variasjon og gir institusjonene relevant informasjon til kvalitetsforbedringsprosesser.

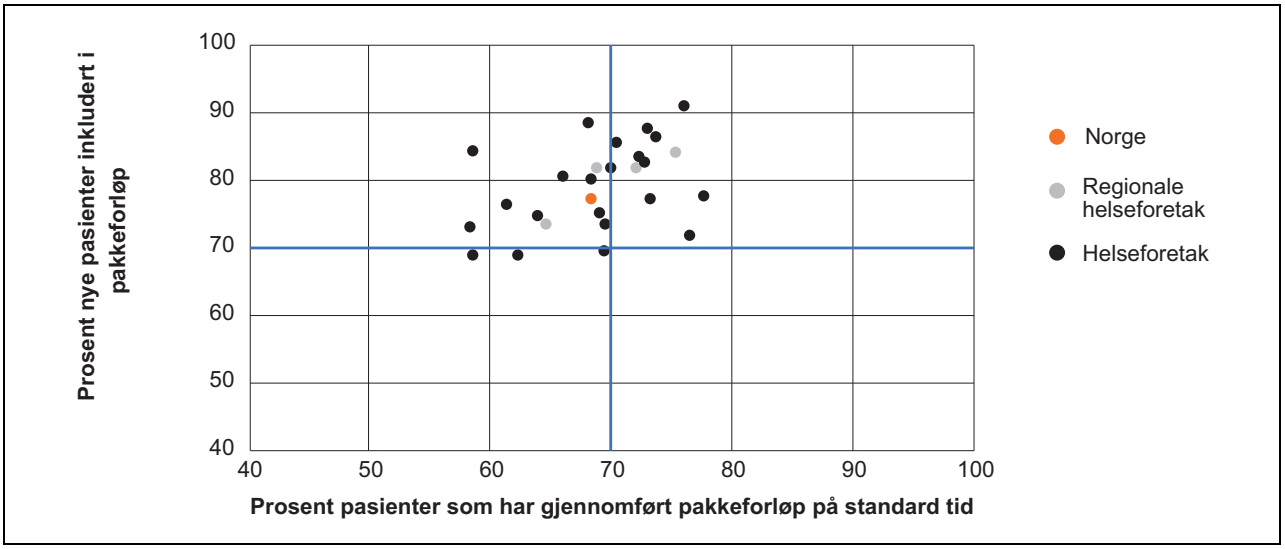
7.3 Variasjon innen utvalgte områder

7.3.1 Pakkeforløp for kreft

Fra 1. januar 2015 ble pakkeforløp for flere ulike kreftformer innført. Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart behandlingsforløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, behandling og rehabilitering. I tillegg til nasjonale kvalitetsindikatorer som viser pakkeforløp for hver av de ulike kreftformene, er det også utviklet to samleindikatorer som viser andel nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp, og andel kreftpasienter som gjennomfører pakkeforløpet innen anbefalt forløpstid, uansett krefttype.

Det er satt et nasjonalt mål om at 70 prosent av pasientene med begrunnet mistanke om kreft skal inkluderes i pakkeforløp, og at 70 prosent av disse igjen skal gjennomføre pakkeforløpet innen anbefalt tid. Disse er angitt som blå streker i figur 7.1. På landsnivå økte andelen nye kreftpasienter som ble inkludert i pakkeforløpene fra 2015 (73,6 prosent) til 2016 (77,8 prosent), men andelen var stabil fra 2016 til 2017 (77,4 prosent). Målsetningen om 70 prosent er dermed oppnådd for landet sett under ett. Når det gjelder andel pasienter som gjennomførte pakkeforløp i 2017, kom 68,6 prosent gjennom innen standard forløpstid på landsnivå. Nivået er omtrent uendret siden 2015 (68,9 prosent), og er under målsetningen om 70 prosent. I 2016 var andelen 70 prosent.

For landet som helhet og alle kreftformer sett under ett, er begge målene nær oppnådd. Likevel viser indikatorene store variasjoner i resultatene, både for de enkelte kreftformer og for de enkelte helseforetak. Resultatene på foretaksnivå for 2017 varierer fra 68,9 til 91,0 prosent for andel nye kreftpasienter som er inkludert i pakkeforløp, og fra 58,4 til 77,9 prosent for andel pasienter som gjennomfører innen standard forløpstid. Figur 7.1 viser at over halvparten av helseforetakene, ikke når målsettingen om at 70 prosent av pasientene



Figur 7.1 Andel (%) nye pasienter inkludert i pakkeforløp (over horisontal blå strek) mot pasienter som har gjennomført pakkeforløpet innen standard forløpstid i 2017 (til høyre for vertikal blå strek). Horisontal strek indikerer nedre grenser for måloppnåelse.

Kilde: Helsedirektoratet

skal gjennomføre pakkeforløp innen standard forløpstid. Figur 7.1 viser at tre helseforetak verken oppnår målsettingen om at 70 prosent av nye kreftpasienter skal inkluderes i pakkeforløp, eller at 70 prosent skal gjennomføre pakkeforløpet på normert tid; Lovisenberg Diakonale sykehus, Oslo universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF.

Utviklingen fra 2016 til 2017 var mest positiv for pasienter med hjernekreft og for dem med lymfom (lymfekreft). Her var det en økning i andelen som går inn i pakkeforløp og en økning i andelen som har gjennomført pakkeforløpet innen maksimal anbefalt forløpstid. Samtidig har forskjellen økt mellom beste og dårligste helseforetak for andel nye pasienter med lymfom som ble inkludert i pakkeforløp.

På landsbasis for fem av kreftformene oppnås verken målet om at 70 prosent av pasientene skal inkluderes i pakkeforløp, eller at 70 prosent av dem som er i pakkeforløp skal gjennom på anbefalt tid. Dette gjelder livmorhalskreft, primær leverkreft, kreft i skjoldbruskkjertelen, bukspyttkjertelkreft og kronisk lymfatisk leukemi.

7.3.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Ved måling av nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester er tilstrekkelig datakvalitet ofte en utfordring, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Dårlig datakvalitet kan skyldes flere faktorer. Mangelfull eller manglende registrering fra flere kommuner er en svakhet som resulterer i mangelfulle data som igjen kan gi feil i datagrunnlaget. Andre faktorer kan være ulik tolkning av regelverk, forskjellig registreringspraksis, eller at kommunene benytter ulike systemer for rapportering. I tillegg vil små tall (mange små kommuner med få mottakere av aktuell tjeneste) gjøre at den tilfeldige variasjonen kan være stor. Selv om en tar disse faktorene i betraktning, kan dataene tyde på et mønster med for store forskjeller i helsetilbud og oppnådde resultater mellom fylker og kommuner.

Infeksjoner oppstått i sykehjem

Infeksjoner som oppstår i sykehjem, helsetjenesteassosierte infeksjoner, er vanlige årsaker til sykdom hos beboerne og påfører dem ekstra lidelse, risiko for innleggelse i sykehus, og økt dødelighet. Slike infeksjoner medfører også store merkostnader for spesialist- og kommunehelsetjenesten. Alle landets sykehjem er pålagt å delta i de nasjonale undersøkelsene av infeksjonsforekomst[1]. Ved siste målingstidspunkt i 2017 (november måned), var det likevel bare 62,0 prosent av sykehjemmene som deltok. Dette er i underkant av 2/3, som er

[1] De fire hyppigst forekommende typer helsetjenesteassosierte infeksjoner er inkludert i undersøkelsen og omfatter: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet, og hud-/sår-infeksjoner. Kun infeksjoner oppstått i eget sykehjem er inkludert.

	Sykehjem som deltar i under-søkelsen av helsetjeneste-assosierte infeksjoner (NOIS-PIAH) (andel %)	Forekomst av helsetjeneste-assosierte infeksjoner i norske sykehjem (andel %)	Bistand til å delta i arbeid og utdanning (andel %)	Bistand til å delta i organisasjons-arbeid, kultur eller fritids-aktiviteter (andel %)	Dagaktivitets-tilbud til personer med utviklings-hemming (andel %)	Dagaktivitets-tilbud til personer med demens og kognitiv svikt (andel %)	Vekting - bistand beboere institusjon
Datakilde	NOIS	NOIS	IPLOS	IPLOS	IPLOS	IPLOS	
Måloppnåelse for hele landet: Grønn er Mål oppnådd; gul er nær oppnådd; rød er ikke oppnådd							
Forkortet versjon av mål:	Alle sykehjem deltar	Andel så lav som mulig	Alle med behov har rett til bistand	Alle med behov har rett til bistand	Forsvarlig andel uten uønsket kommune-variasjon	Forsvarlig andel uten uønsket kommune-variasjon	*Bredden på søylen viser overvekt av fylkets røde/grønne punkter*
Norge	62,0	4,3	77,2	60,1	34,0	25,6	
Fargekoder nedenfor er i forhold til Norges nivå og +- grenser nedenfor. Grønn er over + grensen, rød er under - grensen							
Akershus	42,4	4,3	76,1	61,2	30,7	31,2	
Aust-Agder	53,8	3,0	75,9	55,2	44,9	13,4	
Buskerud	66,0	5,3	77,8	60,3	37,2	23,4	
Finnmark	63,3	5,7	72,1	53,3		24,6	
Hedmark	70,7	4,0	76,4	58,3	29,6	22,3	
Hordaland	62,0	3,1	81,7	59,1	35,3	32,9	
Møre og Romsdal	50,0	6,5	77,6	54,4	41,6	25,7	
Nordland	61,6	5,4	75,5	54,7	28,7	17,3	
Nord-Trøndelag	61,8	5,9	83,2	63,8	31,3	16,8	
Oppland	61,9	4,1	79,9	60,4	51,4	20,1	
Oslo, fylke	88,9	3,6	79,8	70,2	37,4	41,2	
Rogaland	59,2	4,9	68,7	62,6	31,0	36,0	
Sogn og Fjordane	56,8	3,0	81,7	58,5	37,1	27,3	
Sør-Trøndelag	75,0	4,0	76,2	56,9	39,0	37,6	
Telemark	32,4	3,7	81,3	63,0	36,9	16,6	
Troms	61,2	4,9	73,9	53,4	22,6	21,4	
Vest-Agder	58,8	4,5	82,8	66,6	34,1	16,2	
Vestfold	72,2	5,4	76,9	57,3	21,3	19,0	
Østfold	85,0	4,2	74,2	58,9	36,6	17,8	
Grensen mellom grønt og gult, og rødt og gult for fylkene går ved:	± 20% av Norges snitt	± 20% av Norges snitt	± 10% av Norges snitt	± 10% av Norges snitt	± 20% av Norges snitt	± 20% av Norges snitt	

Figur 7.2 Kvalitetsindikatorer som måler helse- og omsorgstjenester til brukere i sykehjem og hjemme, fordelt etter fylke i 2017.

Kilde: Helsedirektoratet

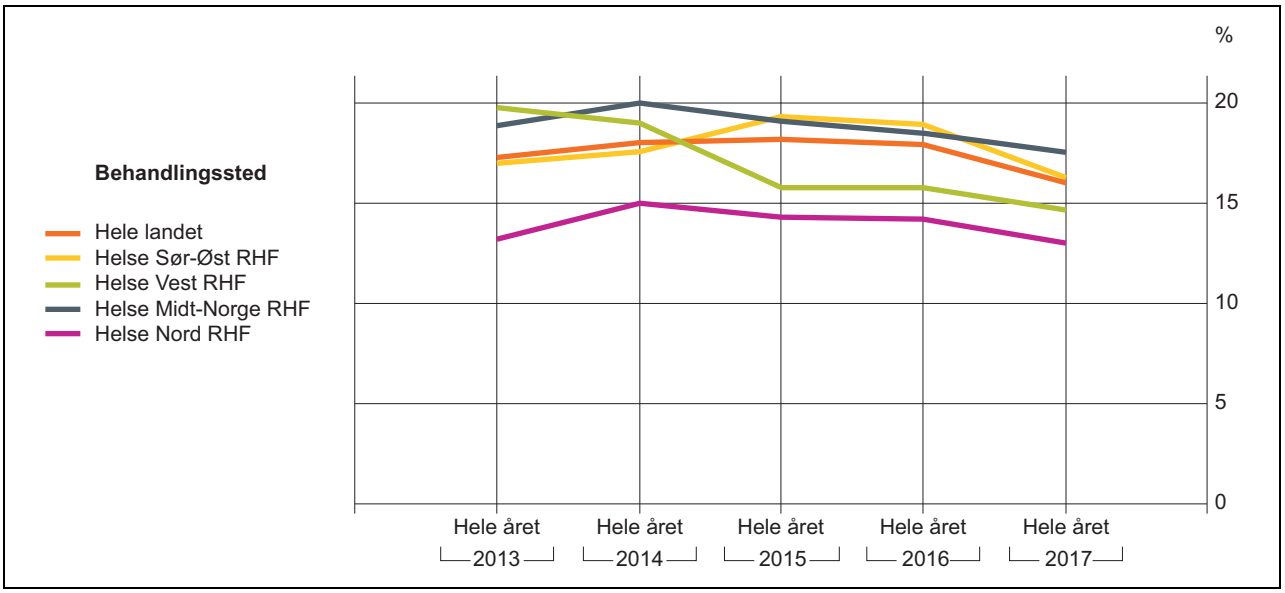
godt under målet på 100 prosent. Det er store forskjeller i deltakelse mellom de ulike fylkene, fra 32,4 til 88,9 prosent, se figur 7.2.

Med utgangspunkt i denne undersøkelsen er det utviklet en kvalitetsindikator som viser andelen beboere i sykehjem med en helsetjenesteassosiert infeksjon på et gitt målingstidspunkt. Landsnivået var i november 2017 på 4,3 prosent. Resultatene på fylkesnivå varierte fra 3,0 til 6,5 prosent, det vil si dobbelt så høy forekomst for enkelte fylker.

Dagaktivitetstilbud til personer med utviklingshemming eller demens og kognitiv svikt

Personer med psykisk utviklingshemming eller demens og kognitiv svikt har nedsatte intellektuelle eller kognitive evner, og nedsatt fungering i det daglige. For mange av disse personene er dagaktivitetstilbud en viktig tjeneste for en aktiv og meningsfylt tilværelse. Dagaktivitetstilbud er en aktiv omsorg som skal tilby meningsfulle og nyttige aktiviteter, og ha oppmerksomhet på interesser og aktiviteter som brukerne mestrer og har glede av. Dagaktivitetstilbud kan også forebygge isolasjon og ensomhet.

På landsnivå i 2017 fikk om lag 34,0 prosent av personer med utviklingshemming et dagaktivitetstilbud. Tilsvarende andel for personer med demens og kognitiv svikt var på 25,6 prosent. Det er store forskjeller mellom fylkene. For personer med utviklingshemming varierer de fylkesvise andelene fra 21,3 til 51,4 prosent. Tallene for per-



Figur 7.3 Andel tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne, utvikling over tid, per regionale helseforetak og på landsbasis i 2013 – 2017. Andel av alle døgninnleggelser.

Kilde: Helsedirektoratet

soner med demens og kognitiv svikt varierer fra 13,4 til 41,2 prosent, se figur 7.2.

Målet er at andelen som får et dagaktivitetstilbud skal være på et forsvarlig nivå, og at det ikke skal være uønskede variasjoner mellom kommunene. De fylkesvise forskjellene er betydelige, noe som betyr at avstanden mellom laveste og høyeste nivå i kommunene er enda større. Dette tyder på uønskede variasjoner mellom kommunene.

Bistand til å delta i arbeid og utdanning, kultur- eller fritidsaktiviteter

Personer med behov for omsorgstjenester har rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Å få ta utdanning, delta i arbeid eller være med på fritidsaktiviteter bidrar til økt livskvalitet og gir mestringsopplevelser. Alle som har behov for bistand til dette har rett til nødvendig tilrettelegging i form av praktisk hjelp, opplæring eller støttekontakt.

På landsbasis i 2017 fikk 77,2 prosent av brukerne med behov for bistand til å delta i arbeid og utdanning innvilget dette. Andelen av dem med behov for bistand til å delta på kultur- eller fritidsaktiviteter som fikk innvilget dette, var på 60,1 prosent. Det er forholdsvis store fylkesvise forskjeller for begge disse kvalitetsindikatorene. For personer med innfridde behov for bistand til arbeid og utdanning varierer andelene fra 68,7 til 83,2 prosent, mens andelen for personer med innfridde behov for bistand til kultur- og fritidsaktiviteter varierer fra 53,3 til 70,2 prosent, se figur 7.2. Det er en større andel brukere med behov for bistand til arbeids- og utdanningsaktiviteter som fikk innfridd disse enn dem som fikk innfridd sine behov for kultur- eller fritidsaktiviteter. Her er det en aldersforskjell i andel som mottok bistand. Omtrent 65 prosent av dem som var mellom 18 og 66 år mottok bistand til kultur- og fritidsaktiviteter, mens bare omtrent 50 prosent av dem som var 67 år eller eldre mottok bistand. De tilsvarende tall for personer med behov for bistand til å delta i arbid og utdanning er omtrent 74 og 61 prosent.

7.3.3 Psykisk helsevern

Psykisk helsevern for voksne

Tvangsinnleggelser skjer gjennom tvungen observasjon og tvunget psykisk helsevern. I tillegg benyttes tvang uten døgnopphold (utenfor institusjon). Ved tvungen observasjon innlegges pasienten mot sin vilje i en tidsbegrenset periode. Tvangsinnleggelser og bruk av tvangsmidler er strengt regulert. Vilkårene er blant annet at pasienten har en alvorlig psykisk lidelse og at tvang er nødvendig som siste utvei fordi vedkommende enten utgjør en fare for seg selv eller for andres liv eller helse. Det er et overordnet helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i det psykiske helsevernet.

Årlig skjer det 7-8000 tvangsinnleggelser i psykisk helsevern. Antallet var 7 509 tvangsinnleggelser i 2017, mot 7 926 i 2016.

Det ble gjort endringer i psykisk helsevernloven fra 1. september 2017 hvor det ble innført strengere krav til vurdering av pasientens samtykkekompetanse, og det er lagt større vekt på autonomi og menneskerettigheter. Fra andre til tredje tertial 2017 er antallet tvangsinnleggelser redusert, se figur 7.4. På landsbasis i 2017 var andelen tvangsinnleggelser 15,9 prosent, se figur 7.3. Dette representerer en nedgang på drøye 400 tvangsinnleggelser fra 2016 til 2017.

Andelen tvangsinnleggelser varierer fra 13,0 til 17,5 prosent for de regionale helseforetakene. Andelen utgår av alle døgninnleggelser i psykisk helsevern for voksne.

Kvalitetsindikatoren som måler omfanget av tvangsmiddelbruk viser at det i 2017 ble gitt minst ett tvangsmiddelvedtak overfor 7,2 prosent av pasientene med døgnopphold i psykisk helsevern. I 2016 var denne andelen 7,0 prosent. Dersom tvangsmiddelbruken sammenlignes for de regionale helseforetakene framgår det at andelen varierer fra 5,4 prosent til 8,5 prosent. Analyser av tvangsinnleggelser og tvangsmiddelbruk (og også andre tvangsformer) viser at det er store geografiske forskjeller som er stabile i omfanget av tvang. Dette gjelder også om man korrigerer for forskjeller i befolkningsgrunnlaget som gjelder kjønns- og alderssammensetning. Forskjellene skyldes trolig forskjeller i behandlingspraksis, herunder også lovanvendelse og terskel for å fatte vedtak om bruk av tvang.

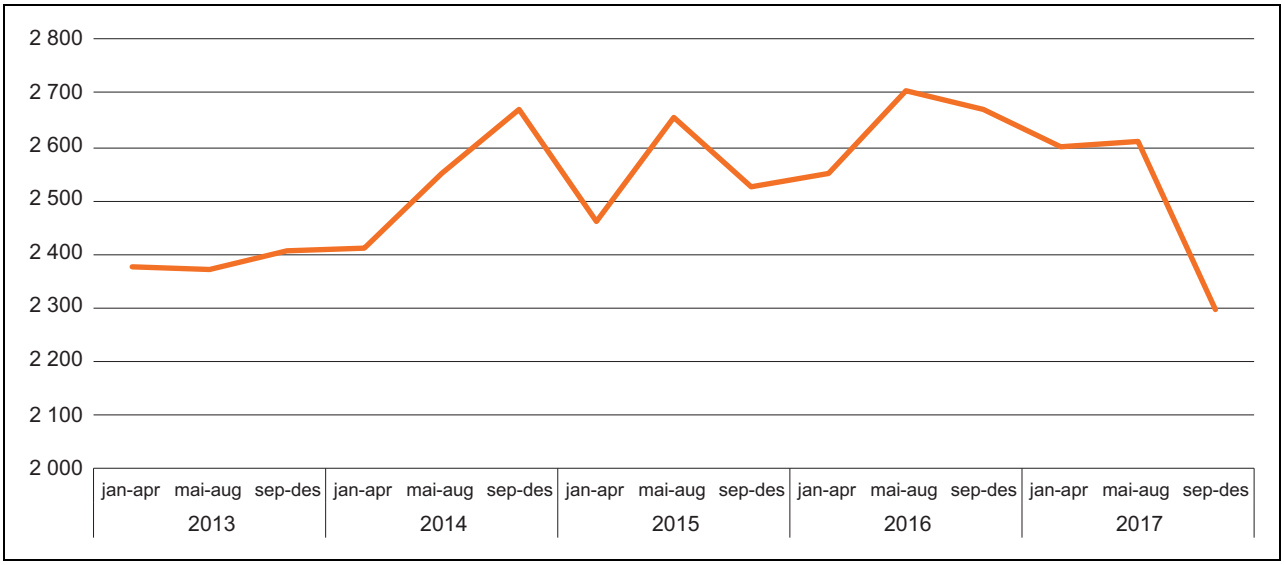
Andelen henvisninger i psykisk helsevern der det var brudd på vurderingsgarantien var i gjennomsnitt 2,3 prosent på landsbasis i 2017. Dette er en liten nedgang fra 2,5 prosent i 2016. Med unntak for én region, er det små variasjoner over tid mellom de regionale helseforetakene.

Psykisk helsevern for barn og unge

Barne- og ungdomsgarantien er en pasientrettighet som tilsier at barn og unge under 23 år med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser skal vurderes innen 10 arbeidsdager etter at sykehuset har mottatt henvisning, og skal ha startet opp med helsehjelp innen 65 arbeidsdager. I 2017 ble barne- og ungdomsgarantien nær innfridd i alle helseregioner. På landsnivå ble 98,3 prosent av alle barn og unge med henvisning vurdert innen 10 dager, og 99,2 prosent fikk startet helsehjelp innen 65 dager. Andel henvisninger som ble vurdert innen 10 dager var 95 prosent eller mer for alle landets helseforetak, og når det gjelder oppstart av helsehjelp innen 65 dager er det kun 2 helseforetak som ligger under 95 prosent.

Andelen fristbrudd for barn og unge har gått jevnt nedover de siste årene, men med en liten økning i 2017 til 1,2 prosent for pasienter som har påbegynt helsehjelp, og 1,3 prosent for barn og unge som står på venteliste for behandling.

Gjennomsnittlig ventetid i psykisk helsevern for barn og unge fra mottatt henvisning til helsehjelp er påbegynt var i 2017 på 49 dager. Det er én dag mindre enn i 2016. På helseforetaksnivå varierer ventetiden fra 25 til 63 dager.



Figur 7.4 Antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne per tertial på landsbasis i perioden fra 2013 til 2017.

Kilde: Helsedirektoratet

7.4 Pasienterfaringer

Folkehelseinstituttet har en nasjonal funksjon for måling av brukererfaringer med helsetjenesten. Resultatene av undersøkelsene publiseres som nasjonale kvalitetsindikatorer og gir institusjonene relevant informasjon til kvalitetsforbedringsprosesser.

I 2017 ble det gjennomført eller publisert slike undersøkelser for pasienter innenfor psykisk helsevern, kvinner ved føde- og barselavdelinger, pasienter innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og blant foresatte ved poliklinikker for oppfølging av barn med diabetes.

Undersøkelsen innenfor psykisk helsevern i 2016 viste at pasientene rapporterer flere forbedringsområder ved institusjonene, som aktivitetstilbudet, informasjon om behandlingsmuligheter og brukermedvirkning. Det var også flere positive resultater, som måten pasientene ble mottatt på og opplevd trygghet ved institusjonen. Det var en del forskjeller i kvalitetsindikatorresultater mellom helseforetakene, men ingen helseforetak skilte seg signifikant fra landssnittet. Dette skyldes blant annet få antall respondenter per helseforetak. På oppdrag fra Helsedirektoratet utreder Folkehelseinstituttet muligheten for kontinuerlige, elektroniske undersøkelser ved utskrivning, som en måte å få mer robuste indikatorer på dette feltet.

Resultater fra undersøkelsen blant kvinner som fødte på sykehus siste kvartal i 2016, viste mange positive erfaringer på landsbasis. Det er til dels stor variasjon blant behandlingsstedene. Variasjonen gjelder særlig erfaringer med informasjon og veiledning under barseloppholdet. Det er forbedring i resultatene på seks av åtte indikatorer siden 2011, men minst forbedring der resultatene er dårligst. Overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten ser ut til å være et svakt punkt i forløpet. Undersøkelsen er gjentatt blant kvinner som fødte siste kvartal i 2017, men resultatene er ennå ikke publisert.

Områder med best erfaringer innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2017 var måten pasientene ble mottatt på, det vil si å bli møtt med høflighet og respekt, å føle seg trygg ved institusjonen og måltidene ved institusjonen. Områder med dårligst erfaringer var blant annet utbytte av behandling i grupper eller med legemidler, hjelp med fysiske eller psykiske plager og tilgang til psykolog og lege. Det er noe variasjon i resultater mellom helseforetakene på kvalitetsindikatorene, men kun fire helseforetak har signifikant avvikende resultat fra landssnittet. På nasjonalt nivå er det en signifikant forbedring over tid på kvalitetsindikatoren «Behandlingen og behandlerne».

Undersøkelsen blant foresatte til barn og unge med type 1 diabetes viste positive resultater på nasjonalt nivå, men også betydelig variasjon mellom poliklinikkene på alle pasienterfaringsindikatorene. Undersøkelsen inngikk i et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet og Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes, og er den første brukererfaringsundersøkelsen fra et kvalitetsregister som blir benyttet i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Nærmere omtale av resultatene finnes på helsenorge.no og på fhi.no.

Del II
Oppsummering

8 Departementets oppsummering

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

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet gir oss viktig informasjon om variasjon i helsetjenestetilbudets kvalitet på ulike dimensjoner på utvalgte områder. Kvalitetsindikatorene er også viktige for å kunne følge med på endringer over tid.

I tillegg til nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer oppsummerer denne meldingen – som tidligere år – status for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helsedirektoratets meldeordning, samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer. Kildene som brukes i meldingen gir ikke et representativt bilde av kvaliteten på tjenesten, men gir innsikt i risikoområder som kildene har avdekket og som fordrer oppmerksomhet og oppfølging.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Denne meldingen brukes som en del av kunnskapsgrunnlaget for Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med stortingsmeldinger, handlingsplaner, opptrappingsplaner og strategier som følges opp gjennom de årlige budsjettene, samt øvrige virkemidler som regelverk, styring og pedagogiske virkemidler for å understøtte tjenestens arbeid. Det er gjennom oppfølging av allerede fremlagte dokumenter og kommende meldinger som ny Nasjonal helse- og sykehusplan at regjeringen fremmer en helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet.

Denne meldingen avdekker risikoområder som kommuner, helseforetak og private tjenesteytere forventes å bruke som kunnskapsgrunnlag i planlegging, utøvelse, evaluering og korrigering av helse- og omsorgshjelp. I tillegg viser meldingen hvor viktig det er å se på variasjon i resultater på kvalitetsindikatorer som inngang til kvalitetsforbedring. Det er viktig med ledelsesmessig oppfølging og målrettede forbedringstiltak på de områdene hvor kommuner og helseforetak ikke når nasjonale målsettinger, eller avviker veldig fra landsgjennomsnittet og/eller andre enheter som det er naturlig å sammenligne seg med.

8.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene

Kvaliteten i norsk helsetjeneste er gjennomgående god og innenfor noen områder blant de beste i verden. OECDs analyser viser samtidig at Norge i et internasjonalt perspektiv har utfordringer på flere av de samme områdene som påpekes av pasient- og brukerombudene og Helsetilsynet. Norge er blant den dårligste tredel når det gjelder pasienterfaringer med ventetid på time hos fastlege og dialog med fastlegen, postoperativ sepsis (blodforgiftning) etter større mage/tarm-operasjoner, forhøyet dødelighet innen psykisk helse og langvarig bruk av angst- og sovemedisin hos eldre. Norge har meget gode resultater på fem års overlevelse for brystkreft og endetarmkreft, men er i den dårligste tredel på den nye indikatoren for fem års overlevelse for leukemi hos barn.

Ser en på de nasjonale kvalitetsindikatorene kan en overordnet konkludere med at stadig flere pasienter får riktig behandling raskere og med bedre resultat enn tidligere. En hovedutfordring er imidlertid at det for enkelte pasientgrupper er for store forskjeller i behandlingstilbudet mellom ulike regioner, helseforetak og kommuner. I kvalitetsindikatorkapitlet er tre områder trukket fram, der måloppnåelsen er vurdert å være god på landsnivå, men hvor det skjuler seg til dels stor variasjon mellom regionale helseforetak, helseforetak, fylker og kommuner: pakkeforløp for kreft, utvalgte områder for den kommunale helse- og omsorgstjenester og psykisk helsevern. I tillegg presenteres resultater fra pasienterfaringsundersøkelser der det også avdekkes variasjon. Kunnskap om årsaker til variasjon er viktig

for å kunne tolke resultatene, sette inn nødvendige tiltak og styrke tjenestetilbudet der hvor det er behov. En del av de observerte forskjellene kan forklares, og tilfeldigheter kan til en viss grad spille inn. Til tross for dette er det mye av variasjonen som ikke kan forklares. I ytterste konsekvens kan dette bety at hvilke tjenestetilbud som er tilgjengelige, og hvordan kvaliteten på behandlingen er, kommer an på hvor i landet pasienten bor.

Pasient- og brukerombudene mottok 15 200 henvendelser i 2017. Over halvparten av henvendelsene knyttet til tjenestesteder dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. I alt 26 prosent gjaldt rettigheter og da stort sett mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter. I alt 17 prosent av henvendelsene ble identifisert som svikt i systemer som er laget for å ivareta pasientsikkerhet og flyt i pasientbehandling. I svært mange henvendelser, og i alle tre kategoriene, fant ombudene elementer av mangelfull eller dårlig informasjon. De påpeker at god kommunikasjon er avgjørende for pasientsikkerheten. Ombudenes erfaringer er viktige fordi de fanger opp pasienter og pårørendes erfaringer med helse- og omsorgstjenesten. I årsmeldingen for 2017 omtaler de blant annet brukere med utviklingshemming, eldre, rusavhengige, pårørendes situasjon og barn og unge. Ombudene gjentar som tidligere at det trengs et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene, og at fastlegeordningen må moderniseres.

Pasientskader gir store personlige omkostninger for pasienter, pårørende og involvert helsepersonell, og påfører sykehusene utgifter som kunne vært brukt på andre pasienter. I tillegg kommer de samfunnsmessige kostnadene. I 2017 utbetalte Norsk pasientskadeerstatning rett i underkant av 1 milliard kroner i erstatninger. Det er omtrent på samme nivå som presentert i de tidligere stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet. I alt 25 000 pasienter eller pårørende er tilkjent erstatning fra NPE siden ordningen ble etablert i 1988. I over 80 prosent av disse sakene er det konkludert med at pasienten er påført en skade som følge av svikt i helsehjelpen. De vanligste årsakene er svikt i behandling eller svikt i diagnose.

Helsetilsynets varselordning gir kunnskap om hvor det svikter i de alvorlige hendelsene i spesialisthelsetjenesten. Helsetilsynets erfaring er at det i de fleste sakene svikter i virksomhetenes ansvar for å identifisere risiko i forbindelse med planlegging og tilrettelegging av helsehjelp. Tilsynet avdekker også svikt i hvordan virksomhetene følger opp alvorlige hendelser. Dette gjelder informasjon til og oppfølging av pasient og pårørende, samt hvordan hendelsen brukes i arbeidet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Helsedirektoratets meldeordning gir kunnskap om årsaker til hendelser i spesialisthelsetjenesten som har eller kunne ført til betydelig skade på pasient eller ved at en pasient skader en annen. Meldeordningen mottok i 2017 ca. 10 000 meldinger som klassifiseres i henhold til WHOs klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser. Hendelser relatert til kliniske prosesser/prosedyrer forekom hyppigst, deretter følger kategoriene legemidler, pasientuhell og pasientadministrative forhold. Det finnes en rekke underkategorier for hvert område som går nærmere inn i årsakene til hendelsene og som gir grunnlag for nærmere analyser. I 2017 innførte alle helseforetakene det samme klassifikasjonssystemet som meldeordningen bruker, NOKUP (norsk kodeverk for uønskede pasienthendelser), som bygger på WHOs klassifikasjonssystem for uønskede pasienthendelser.

8.2 Pasientens helsetjeneste

Stadig flere mennesker lever hele eller store deler av livet med sykdom eller helseutfordringer. Med en visjon om pasientens helsetjeneste må samvalg etterstrebes, og pasienten må være en aktiv og likeverdig deltaker. Ikke alle pasienter kan bli friske, selv med god behandling. En sentral oppgave for helse- og omsorgstjenesten er derfor å bidra til at pasienter mestrer sine helseutfordringer bedre og får økt livskvalitet.

Pasientsikkerhet handler om å unngå unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Det pågår mye godt og systematisk arbeid for å gi god og trygg helsehjelp til de mange tusen som hver dag mottar hjelp. Likevel viser nasjonale og internasjonale undersøkelser at altfor mange pasienter skades i møte med helsetjenesten.

Siden 2010 er pasientskader i spesialisthelsetjenesten kartlagt ved bruk av metoden Global Trigger Tool (GTT). De nasjonale estimatene for 2017 tyder på at i underkant av 14 prosent av somatiske innleggelser er forbundet med en eller annen form for skade. Andelen har vært stabil siden 2012, og målet om 25 prosent reduksjon fra 2012 til 2018 synes vanskelig å nå. Metoden skiller ikke mellom om skaden kunne vært unngått eller ikke. Basert på internasjonale studier anslår en at ca. halvparten kunne vært unngått. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene starter nå et

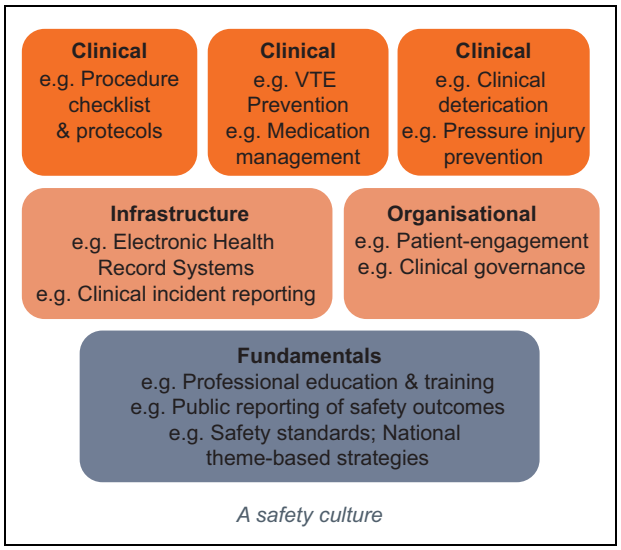
prosjekt for å videreutvikle GTT-undersøkelsen med sikte på å få tak i årsakssammenhenger.

Sverige kartlegger også pasientskader i alle sykehus ved bruk av GTT-metoden. I Sverige var 12,4 prosent av pasientoppholdene i sykehus forbundet med skade i 2017. Svenskene har i tillegg regnet ut at pasientskadene koster sykehusene ca. 9 mrd. i året i ekstra liggedøgn.

Ifølge OECD-rapporten «The economics of patient safety» fra 2017 kan opptil 15 prosent av OECD-landenes sykehusutgifter tilskrives håndtering og behandling av feil og pasientskader. WHO rangerer feil og pasientskader som nummer 14 på den globale sykdomsbyrdelisten, tilsvarende tuberkulose og malaria. OECD-rapporten anfører at 30–70 prosent av de utilsiktede hendelser i helsetjenesten kan forebygges blant annet ved hjelp av systematiske innsatser. OECD erkjenner at disse innsatsene fordrer investeringer, men mener at investeringer i å forebygge koster markant mindre enn det koster å behandle og håndtere pasientskadene.

Flere land enn Norge har altså utfordringer med pasientsikkerhet, og det er på politisk nivå satt i gang et internasjonalt samarbeid som heter Patient Safety Summit, samt prosjekter i regi OECD. OECD anbefaler en flerstrenget strategi hvor en setter inn samtidig innsats på ulike organisatoriske nivå. I OECDs rapport fra 2017 identifiseres hvilke innsatser som vurderes å ha størst effekt på pasientsikkerhet i forhold til den investering de krever (best buys). OECD påpeker at den forskningsbaserte kunnskapen er sparsommelig på noen områder. Innsatser på klinisk nivå er godt dekket i forskningen, mens forskning på tiltak på organisatorisk og spesielt nasjonalt nivå er mer sparsomt. I tillegg til forskningskunnskap har OECD derfor innhentet informasjon fra eksperter fra ulike OECD-land. På bakgrunn av innspillet har OECD utformet et rammeverk som dekker sentrale tiltak på både klinisk nivå (mikro), organisatorisk nivå (meso) og nasjonalt nivå (makro), jf. figur 8.1.

OECD har også utgitt en rapport om pasientskader i primærhelsetjenesten. Til tross for at kunnskapen her er enda mindre enn for spesialisthelsetjenesten, er det viktig å rette økt oppmerksomhet på dette nivået. Ved uønskede hendelser og svikt i kvalitet og pasientsikkerheten, handler det i mange tilfeller om manglende eller forsinket diagnostisering, feil diagnostisering eller feilbehandling og feilmedisinering. Dette er sentrale risikoområder også i primærhelsetjenesten, der spørsmålet ofte dreier seg om å finne ut av mange og sammensatte symptomer. Pasientens helsetjeneste er avhengig av at hele pasientforløpet bidrar til å fremme ønsket resultat, uavhengig av hvilke tjenester og tjenestenivå pasienten befinner seg på i løpet av forløpet.



Figur 8.1 OECDs rammeverk for pasientsikkerhet fremstilt i rapporten «The economics of patient safety».[1]

[1] Slawomirski, L., A. Auraaen and N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", OECD Health Working Papers, No. 96, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/5a9858cd-en

Departementet tar sikte på at utvidelsen av varselplikten til Helsetilsynet om alvorlige hendelser til å gjelde for alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, herunder også kommunale og private, trår i kraft i løpet av 2019. I tillegg vil Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) etter planen være i drift i løpet av første halvår 2019. Gjennom etableringen av Ukom og utvidelse av varselsordningen, vil alvorlige hendelser for hele helse- og omsorgssektoren bli fulgt opp av eksterne aktører, både ut fra et sanksjonsfritt læringsperspektiv og et tilsynsperspektiv. Pasienter og pårørende kan ogå melde inn varsler.

Helsedirektoratet har sammen med aktørene i styringsgruppen for pasientsikkerhetprogrammet «I trygge hender» utarbeidet en overordnet plan for videre arbeid med pasientsikkerhet. Planen har som formål å videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet og å videreutvikle samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet i tråd med oppdatert kunnskap. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å – sammen med aktørene – følge opp planen med konkrete handlingsplaner med definerte målsettinger og nærmere beskrivelse av

den nasjonale overbygningen for arbeidet med pasientsikkerhet.

8.3 Bedre ledelse, kultur og systemer

Gjennomgående tema i de fire første meldingene om kvalitet og pasientsikkerhet har vært oppmerksomhet på ledelse, kultur og system for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Dette handler om tydelig ledelse, en kultur for åpenhet og læring og et system for å kunne gjennomføre forbedringer og bygge forbedringskompetanse. Det er den som har det overordnede ansvaret for virksomheten (f.eks kommunen eller regionalt helseforetak) som er ansvarlig for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette. Virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Nasjonale myndigheter har imidlertid det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenestene og for at tiltak og virkemidler på nasjonalt nivå understøtter tjenestens ansvar.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Med Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har ledere i hele helse- og omsorgstjenesten, inkludert private virksomheter, fått tydelige krav for å sikre at virksomheten yter faglig forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. I forskriften har departementet lagt til grunn at virksomheter minst en gang årlig systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring.

Det er etter hvert mye tilgjengelig informasjon om ulike sider ved kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Utfordringen er nå å bruke og nyttiggjøre seg kunnskapen til å gjennomføre forbedringer der det er behov for forbedringer.

For at forskriften skal fungere etter sitt formål, er det avgjørende at ledere og styrer i kommunal virksomhet og i helseforetakene etterspør relevant informasjon om egne kvalitetsutfordringer. Ledere må også undersøke om igangsatte tiltak gir ønsket effekt, og påse at styringssystemet, inkludert risikostyringen, fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenestene.

Kommuner og helseforetak anbefales å bruke resultater fra kvalitetsindikatorene, tilsyn, kvalitetsregistre, helseatlas, pasientskadekartlegginger, NPE, meldeordninger, Samdata og andre kilder for å gjøre seg kjent med egne resultater og se disse i sammenheng med forholdene på sitt eget sykehus og i egen virksomhet. Det er viktig med ledelsesmessig oppfølging og målrettede forbedringstiltak på de områdene hvor virksomheten ikke når fastsatte mål eller avviker fra landsgjennomsnittet og/eller andre enheter som det er naturlig å sammenligne seg med.

Forskriften stiller spesifikt krav om å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten, samt planlegge og iverksette tiltak for å redusere risikoen. Overganger innad og mellom tjenestenivå er kjente risikoområder som fordrer godt samarbeid og kommunikasjon mellom ulike aktører. Forskriften pålegger derfor virksomhetene å legge særlig vekt på redusere risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet

Helse- og omsorgstjenestens viktigste ressurs er de ansatte. Helsepersonell har et personlig, lovpålagt ansvar for å yte forsvarlig helsehjelp. På den annen side har ledere i helse- og omsorgstjenesten et ansvar for å å rekruttere og utvikle kompetente medarbeidere og etablere system og rutiner som sikrer at virksomheten leverer forsvarlige og gode tjenester.

God kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best i kulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å stadig utvikle seg og bli bedre. Det fordrer videre en kultur der en er åpen om og melder fra om uønskede hendelser og er opptatt av å finne ut hvordan hendelsen kunne skje og finne årsaker og tiltak på systemnivå fremfor å gi skylden til enkeltpersoner. Det handler også om å rette oppmerksomheten mot det som går godt, spre god praksis og lære av hverandre. Gode arbeidsmiljø bidrar dessuten til å legge grunnlaget for god og sikker pasientbehandling. Dette krever også en toppledelse som prioriterer systematisk arbeid med helse, miljø og sikkerhet og ser dette i sammenheng med pasientsikkerhet. Dette er bakgrunnen for at oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene de siste årene har slått fast at

helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

I 2018 ble den første felles undersøkelsen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur ForBedring gjennomført i alle regionale helseforetak og helseforetak, inkludert private med avtale.

Undersøkelsen er utarbeidet i regi av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender», men de regionale helseforetakene har ansvar for gjennomføringen og for at den felles undersøkelsen gjennomføres etter felles metode slik at indikatorene kan aggregeres til nasjonale tall for å kunne følge utviklingen. Formålet er å gi ledere og ansatte på ulike nivå kunnskapsgrunnlag for å iverksette tiltak knyttet til arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, og kunne se disse to elementene i sammenheng.

Undersøkelsen ForBedring kartlegger ulike sider ved arbeidsmiljø, pasientsikkerhetsskultur og HMS (helse, miljø og sikkerhet), som kan ha sammenheng med risiko for uønskede hendelser, eller virke negativt på tjenesten sin kvalitet og medarbeiderene sin helse og engasjement. Svarprosenten var på hele 79 prosent. I 59 prosent av behandlingsenhetene har minst 80 prosent av medarbeiderne svart at de er helt eller litt enig i spørsmålene som indikerer godt sikkerhetsklima.

Undersøkelsen bekrefter inntrykket av ansatte i helsetjenesten som engasjerte, mens spørsmål om arbeidsforhold og fysisk arbeidsmiljø får klart lavest skåre blant de ansatte. Alle de regionale helseforetakene og helseforetakene har laget planer for oppfølging av egne resultater i fellesskap med medarbeidere, vernetjenesten og tillitsvalgte. Undersøkelsen skal gjennomføres årlig.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

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

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 14. desember 2018 om kvalitet og pasientsikkerhet 2017 blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1

Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier

Stortingsmeldinger:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Handlingsplaner og strategier:

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

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

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

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

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

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

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

Nasjonal helseberedskapsplan: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-helseberedskapsplan/id761213/

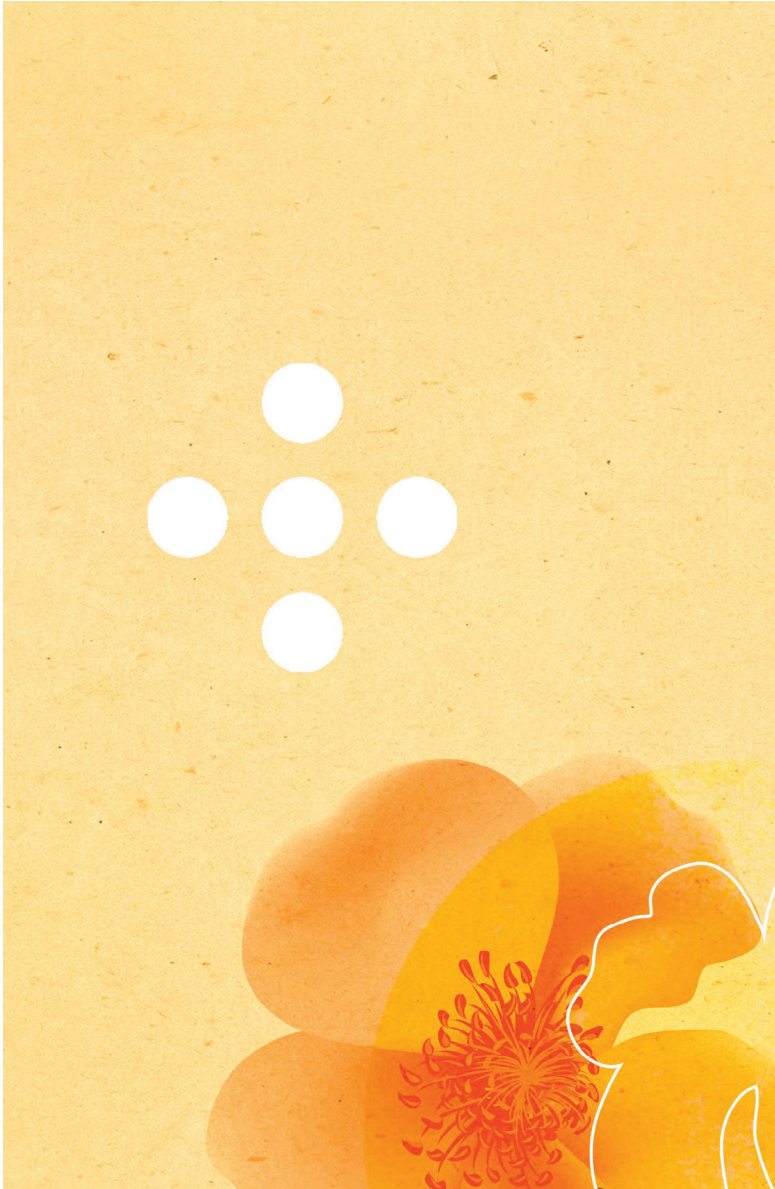
Nasjonal overdosestrategi: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Nasjonal-overdosestrategi-20142017/id757507/

Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015–2020: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-antibiotikaresistens-2015-2020/id2424598/
Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-arbeidet-mot-virale-leverbetennelser-hepatitter/id2504728/
Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/frivillighetsstrategi/id2429965/
Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringa-sin-handlingsplan-for-oppfolging-av-helseomsorg21-strategien/id2463030/
Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/
Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/flere-ar--flere-muligheter/id2477934/
Regjeringens strategi for god psykisk helse: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/
Regjeringens strategi for ungdomshelse: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ungdomshelse/id2503980/
Strategi for seksuell helse: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/
Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017–2021: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/redusert-tilbakefall-til-ny-kriminalitet/id2556905/
Nasjonal diabetesplan 2017–2021: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017–2021/id2582010/
Nasjonal hjernehselsestrategi 2018–2024: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-hjernehelsestrategi-20182024/id2581669/
Nasjonal kreftstrategi 2018–2022: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/
Nasjonal strategi mot hepatitter: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-hepatitter/id2618584/

Bestilling av publikasjoner

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

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Jørgen Nordlie, Kord AS

Trykk: 07 Media AS – 12/2018