



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

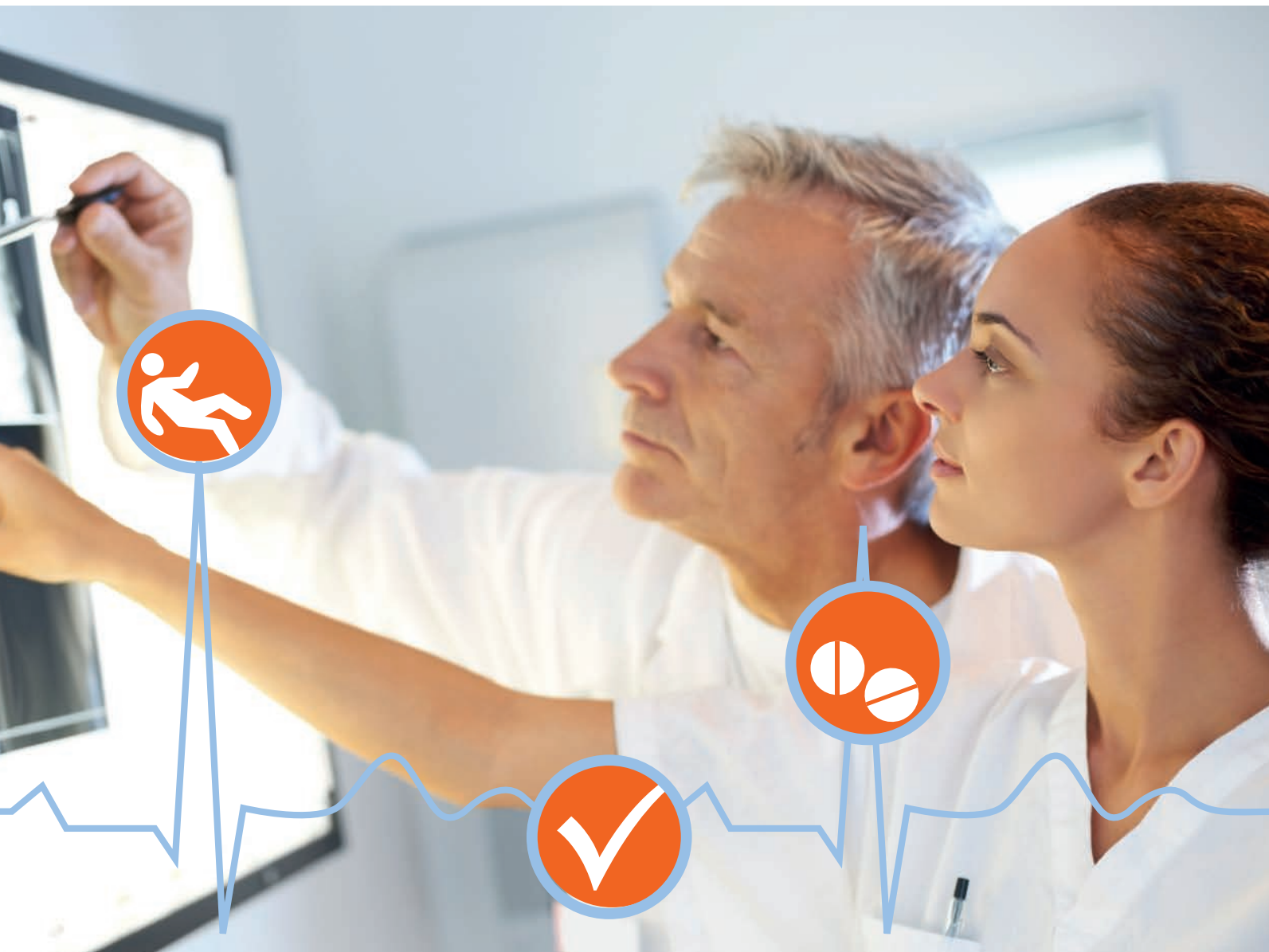
Meld. St. 10

(2012–2013)

Melding til Stortinget

God kvalitet – trygge tjenester

Kvalitet og patientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten





DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 10

(2012–2013)

Melding til Stortinget

God kvalitet – trygge tjenester

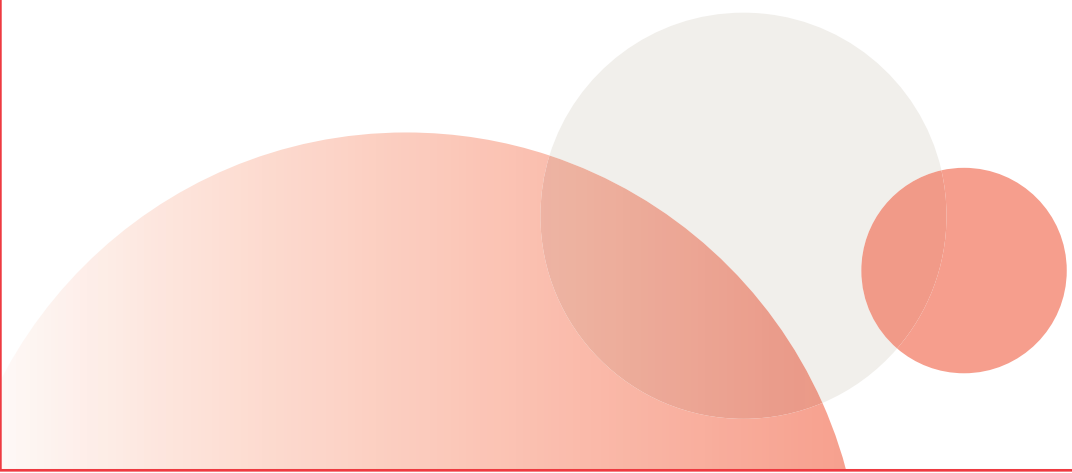
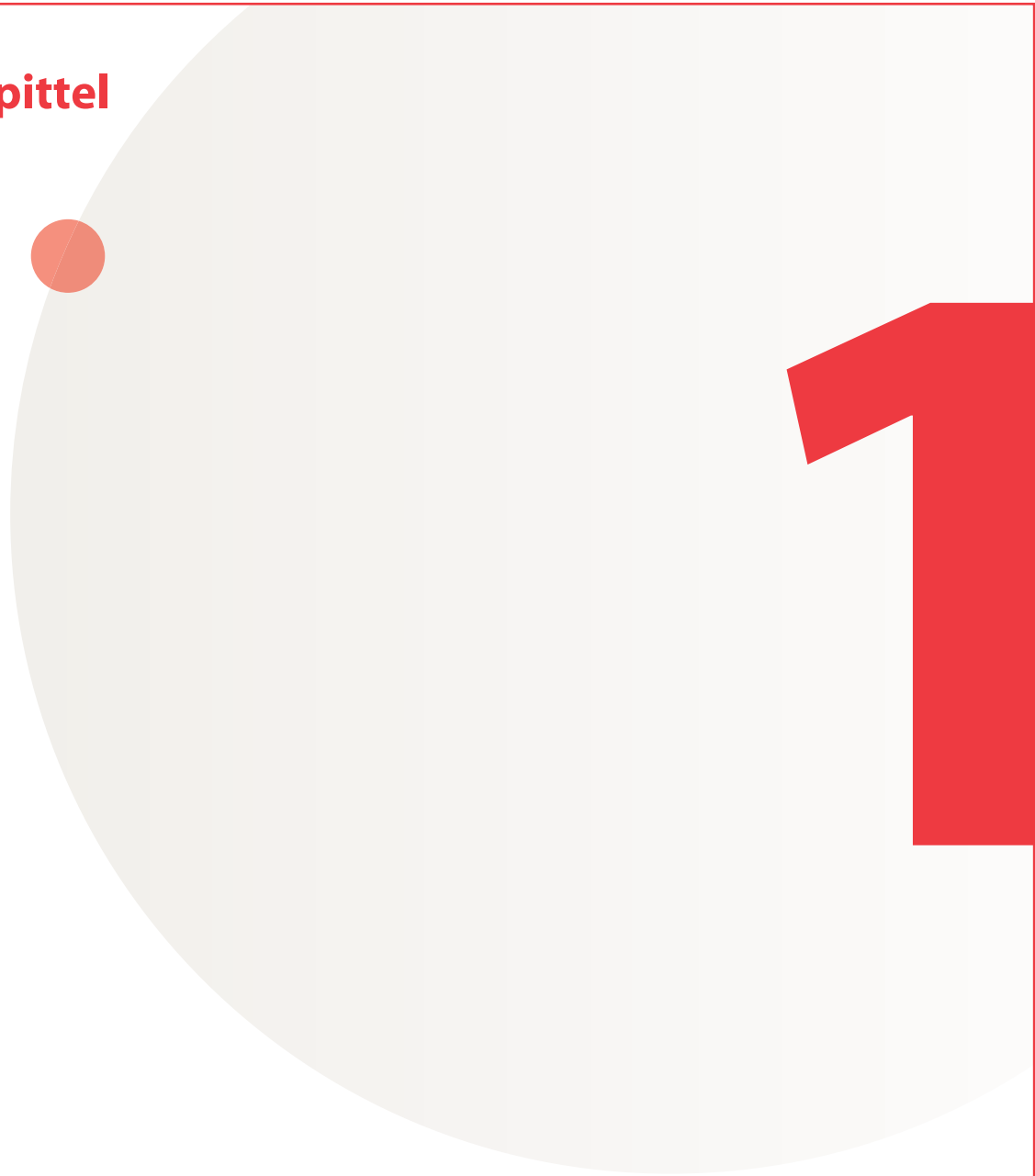
Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

Innhold

1	Innledning	7	4	En mer aktiv pasient- og brukerrolle	47
1.1	Ny oppmerksomhet på innholdet i tjenestene	7	4.1	Status og utfordringer	47
1.2	Regjeringens mål for arbeidet	9	4.2	Ny pasient- og brukerrolle	49
1.3	Nasjonale tiltak og virkemidler	10	4.3	Aktiv medbestemmelse	50
1.4	En bred tilnærming til kvalitet	11	4.4	Et mer koordinert tjenestetilbud ..	51
1.5	Behov for helhetlige IKT-løsninger	12	4.5	Egenomsorg og mestring	52
1.6	Innretning og avgrensning	12	4.6	Pårørendes rolle	53
1.7	Sammendrag	13	4.7	God kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell	54
			4.8	Brukererfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon	54
2	Status og utfordringer	19	5	Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet	59
2.1	Økt oppmerksomhet på kvalitet ...	19	5.1	Status og utfordringer	59
2.2	Utvikling av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på nasjonalt nivå	19	5.2	Organisering og styring	59
2.3	Andre aktører i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet	21	5.2.1	Organisering av kvalitetsarbeidet på nasjonalt nivå	59
2.4	Kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet	24	5.2.2	Årlig rapportering om kvalitet og pasientsikkerhet	61
2.4.1	Kvalitet og sikkerhet	24	5.2.3	Organisering og styring av kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten	61
2.4.2	Brukerorientering og tilgjengelighet	25	5.2.4	Planlegging og organisering av kvalitetsarbeidet i kommunene	62
2.4.3	Samordning og kontinuitet	28	5.3	Økonomiske virkemidler	65
2.5	Utfordringer i helse- og omsorgstjenesten	28	5.3.1	Dagens finansieringssystem	65
2.5.1	De kommunale helse- og omsorgstjenestene	28	5.3.2	Etterspørselsdrevet finansiering av helsetjenester	66
2.5.2	Tannhelsetjenesten	30	5.3.3	Nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten	67
2.5.3	Spesialisthelsetjenesten	31	5.3.4	Finansiering av legemidler i spesialisthelsetjenesten	68
2.5.4	Legemiddelbruk og helse-tjenesteassosierte infeksjoner	32	5.3.5	Økonomiske insentiver for kvalitetsarbeid i kommunene	68
3	Kvalitetsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner	39	5.4	Regelverk som virkemiddel for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet	68
3.1	Innledning	39	5.4.1	Endring i tannhelsetjenesteloven ..	69
3.2	Utvalgte lands kvalitetsarbeid	39	5.4.2	Felles forskrift for internkontroll, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet	69
3.2.1	Danmark	39	5.4.3	Private tjenesteytere	69
3.2.2	Sverige	40	5.5	Statlig tilsynsvirksomhet	70
3.2.3	England	40	5.5.1	Tilsyn som virkemiddel i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet	70
3.2.4	Skottland	40	5.5.2	Videreutvikling av tilsyn	72
3.2.5	Nederland	41	5.5.3	Opprette en undersøkelsesenhet i Statens helsetilsyn	72
3.3	Internasjonale organisasjoner	41			
3.3.1	EU	41			
3.3.2	Verdens helseorganisasjon	42			
3.3.3	Organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) ..	43			
3.3.4	Nordisk samarbeid	43			
3.4	Oppsummering	43			

5.5.4	Styrke pasienters og pårørendes rolle i tilsynssaker	73	8.2.1	Endre begrepsbruken i prioriteringsforskriften	107
5.6	Akkreditering og sertifisering	74	8.2.2	Bedre oversikt over omfang av utprøvende behandling	107
6	Kvalitetsforbedring i tjenesten	79	8.2.3	Nasjonale prinsipper for utprøvende behandling	108
6.1	Utfordringer	79	8.2.4	Klinisk forskning som integrert del av pasientbehandlingen	108
6.2	Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet	80	8.2.5	Utprøvende behandling til enkelt-pasienter	109
6.2.1	Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring ...	80	8.3	System for metodevurdering i spesialisthelsetjenesten	110
6.2.2	Ledelse i kvalitet og pasient-sikkerhetsarbeid	81	8.3.1	Etablering av et helhetlig system ..	111
6.3	Nasjonalt program for pasient-sikkerhet	83	8.3.2	Støttefunksjoner for mini metodevurdering	113
6.4	Virkemidler for å redusere uønsket variasjon	84	8.3.3	Nye krav om nasjonale metodevurderinger	113
6.5	Helsebiblioteket	87	8.3.4	Implementering og oppfølging	114
6.6	Læringsnettverk og arenaer for kvalitet og pasientsikkerhet	88	9	Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon	117
6.7	Et bedre system for melding og oppfølging av uønskede hendelser	90	9.1	Status og utfordringer	117
7	Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet	95	9.2	Forskning	118
7.1	Hvorfor måle kvalitet?	95	9.2.1	Stimulere til forskning som er relevant for tjenesten	118
7.2	Status og utfordringer	97	9.2.2	Implementere ny kunnskap i tjenesten	120
7.3	Utvikle nye kvalitetsindikatorer ...	97	9.2.3	Bruk av forskning for å heve kvaliteten	121
7.4	Bruk av kvalitetsindikatorer for å utvikle tjenestene	98	9.3	Innovasjon og nyskaping	123
7.5	Hensiktsmessig publisering	99	9.3.1	Identifisere og utvikle nye løsninger	123
7.6	Videreutvikle datagrunnlaget	99	9.3.2	Raskere spredning av nye løsninger	124
7.7	Kvalitetsmåling fra pasient- og brukerperspektiv	101	9.4	Utdanning og personell	125
8	Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder	105	9.4.1	Grunnutdanningene	126
8.1	Utfordringer	105	9.4.2	Opplæring og kompetanseheving i tjenesten	127
8.1.1	Legemidler	105	9.4.3	Autorisasjon og lisens	128
8.1.2	Medisinsk utstyr og kirurgiske prosedyrer	106	9.4.4	Godkjenning av spesialister	129
8.2	Systematisk utprøving som del av behandlingstilbudet	107	10	Økonomiske og administrative konsekvenser	133

Kapittel



Figur 1.1



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 10

(2012–2013)

Melding til Stortinget

God kvalitet – trygge tjenester

Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 7. desember 2012,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Stoltenberg II)*

1 Innledning

1.1 Ny oppmerksomhet på innholdet i tjenestene

Høye ambisjoner

Norge har gode helse- og omsorgstjenester, takket være sterke fellesskapsløsninger. Regjeringen vil satse på ytterligere forbedring og har høye ambisjoner. Tjenestene skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted. Vi har lyktes med mye på disse områdene. Den norske helse- og omsorgstjenesten kommer godt ut i internasjonale sammenlikninger om behandlingskvalitet. På flere områder er vi blant de beste i verden. Norge er også bedre rustet til å møte utfordringene med en aldrende befolkning enn de fleste andre land. En viktig grunn til dette er den nordiske velferdsmodellen som er basert på likestilling og høy yrkesaktivitet

blant kvinner. Økonomisk styring og god kontroll med helheten i økonomien er en annen forutsetning for å styrke velferden og utvikle en helse- og omsorgstjeneste for framtiden.

Men det er fortsatt utfordringer på en del områder. Pasientskader fører til unødig lidelse og er en viktig årsak til forlenget sykehusopphold. Infeksjoner og feil bruk av legemidler er de to vanligste årsakene til pasientskader. Sett fra pasienter og brukeres ståsted er det også rom for forbedring. Det gjelder pasientenes syn på helse-tjenesten, informasjonsflyt og kommunikasjon, og koordinering mellom ulike deler av tjenesten. Her kommer Norge dårligere ut enn flere andre land. Det kommer fram i rapporter og internasjonale sammenlikninger. Helsetilsynet melder at manglende kvalitetsstyring og kontroll påvirker pasientsikkerheten. Det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Det er også behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten.

En helhetlig politikk for kvalitet og pasientsikkerhet

En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet handler om kvaliteten på hvert enkelt tiltak, men også om at tjenesten som helhet bidrar til flest mulig leveår med god helse.

Dette er den første stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet som dekker hele helse- og omsorgstjenesten, tannhelsetjenesten inkludert. Regjeringen vil rette oppmerksomheten mot innholdet og kvaliteten i tjenestene. I stortingsmeldingen presenteres de overordnede rammene for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i årene framover. Det er nødvendig med en helhetlig tilnærming. Mange utfordringer er felles for hele helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det spesielle utfordringer knyttet til samhandlingen mellom tjenestene.

Pasienter og brukeres behov i sentrum

Pasienter og brukeres behov skal stå i sentrum. Det er et tegn på god kvalitet. Helse- og omsorgstjenesten er blitt mer brukerorientert de senere årene, men det er rom for forbedring. Regjeringen vil bidra til at pasienter og brukere i større grad skal oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige. De skal få informasjon og støtte som gjør at de kan bidra i beslutninger, og det skal legges vekt på at brukerne er forskjellige og at den enkeltes behov kan endres over tid. God kvalitet forutsetter samarbeid med pasienter og brukere om utforming av tjenester og behandlingsvalg. Involvering og innflytelse gir trygghet og større tilfredshet med tilbudet. Aktiv medbestemmelse kan bidra til bedre resultater for pasienten, og bedre utnyttelse av ressursene.

Aktiv medbestemmelse handler om å trekke pasienter og brukere mer aktivt inn i beslutninger om eget behandlingsopplegg eller omsorgstilbud. Samtidig er det viktig å ta hensyn til brukere som ikke har samme mulighet eller ønske om aktiv medbestemmelse. Tiltak for å gjøre pasienter og brukere bedre i stand til å ta vare på egen helse bidrar til bedre livskvalitet for den enkelte, og til å utvikle en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

En mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste vil kreve omstilling og nytenkning. Skal tjenesten lykkes med en slik omstilling, er det nødvendig med opplæring i nye arbeidsformer, praktiske tiltak innen kommunikasjon og beslutningsstøtte, og kultur- og holdningsendringer.

Kvalitetsforbedring er et lederansvar

Det konkrete arbeidet for å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten må i all hovedsak skje i virksomhetene. Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Arbeidet må forankres hos og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten har en nøkkelrolle.

Regjeringen og helsemyndighetene har et overordnet ansvar for å støtte kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i tjenesten. De siste årene er det gjort viktige grep for å bedre kvaliteten og styrke pasientsikkerheten. Eksempler på dette er lovfesting av systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, utvikling av kvalitetsindikatorer, endringer i meldeordning for uønskede hendelser, den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og et nasjonalt helseregisterprosjekt. Regjeringen vil forbedre systemene for hvordan vi skal lære av feil, avdekke risiko, og skape en kultur for systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Dagens spesialiserte helse- og omsorgstjeneste gjør at det er stort behov for standardisering og samarbeid på tvers av fagområder og spesialiteter. Det vil bedre pasientsikkerheten. Helsemyndighetene vil stimulere til standardisering gjennom nasjonale retningslinjer og veiledere, tiltak for å styrke kunnskapsutvikling og kompetanse, utvikling av kvalitetsindikatorer, og systematisk kvalitetsarbeid. Økonomiske insentiver, endringer i regelverket og pedagogiske virkemidler skal stimulere til systematisk kvalitetsarbeid. Helsemyndighetene har også en viktig oppgave med å etterspørre resultater på kvalitet og pasientsikkerhet.

Åpenhet gir trygghet og læring

For å lære av feil og for å bedre kvaliteten på tilbudet, må vi ha kunnskap om kvaliteten og pasientsikkerheten, og åpenhet om resultatene. Ansatte og ledere må vite om virksomheten drives med for høy risiko og om det er for stor variasjon i resultatene.

Åpenhet omfatter også den enkelte ansattes rett til å ytre seg om forhold som oppleves som kritikkverdige. Helse- og omsorgspersonell er viktige bidragsytere i diskusjoner om tjenestetilbudet. Offentlig debatt skaper engasjement og bygger kompetanse, og befolkningen får informasjon om kvalitet og tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenestene. Åpenhet og ytringsfrihet er en del av et levende demokrati. Den offentlige debatten er spesielt viktig i spørsmål som gjelder prioritering av fellesskapets ressurser. Det skal derfor mye til

før kritiske ytringer fra helse- og omsorgspersonell vil være i konflikt med lojaliteten til arbeidsgiver. Det er viktig å framheve at den enkelte virksomhet må tilstrebe en kultur der de ansatte opplever at det er åpenhet for å ta slike diskusjoner internt i organisasjonen.

Systematisk kvalitetsarbeid er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten, og skal bidra til å gjøre arbeidet mer effektivt. Kvalitetsmåling må oppleves som meningsfylt for ledere og ansatte, dersom det skal føre til læring og endring av praksis.

Det er en utfordring å sikre at nasjonale tiltak faktisk bidrar til praktisk forbedring, utvikling, læring og kvalitetsheving. Oppmerksomheten må hele tiden være rettet mot hvilken effekt tiltakene faktisk har på kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig må det legges vekt på å unngå unødvendig rapportering og ekstraarbeid.

Prioritering og kvalitet

Norge bruker mye ressurser på helse- og omsorgstjenester, sett i forhold til folketallet. Regjeringen prioriterer helse- og omsorgssektoren høyt. Det har vært vekst i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten og i kommunenes rammer over flere år. Også i et rikt land som Norge må helse- og omsorgssektoren konkurrere med andre sektorer om arbeidskraft og andre ressurser. I årene framover vil det være en betydelig vekst i de aller eldste aldersgruppene, noe som vil føre til økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Samtidig fører ny medisinsk teknologi til nye muligheter og økt etterspørsel etter tjenester, og økte kostnader. Både økonomiske og personellmessige ressurser er begrenset. En beslutning om å bruke mer ressurser på ett område gjør at det blir mindre ressurser på et annet. Dette skaper behov for overordnede politiske prioriteringer.

Prioritering handler også om å få mest mulig ut av ressursene innenfor en tjeneste eller en virksomhet. Samtidig skal tjenestene som tilbys ha god kvalitet. Det er en utfordring. Kommunene har ansvar for å utforme det lokale tjenestetilbudet, og er best i stand å prioritere i samsvar med lokale forutsetninger og behov. De regionale helseforetakene har ansvar for at befolkningen i regionen skal få tilgang til spesialisthelsetjenester.

Fra 2012 innføres det et system for nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten. Systemet innebærer at det skal gjennomføres metodevurdering før det tas beslutninger om å innføre nye metoder. Systemet skal

bidra til større åpenhet i beslutningsprosessen og mer kunnskapsbaserte beslutninger. Se nærmere omtale i Kapittel 8 Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder.

1.2 Regjeringens mål for arbeidet

Regjeringens overordnede mål for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er:

- et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud
- økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring
- bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

Målene for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er forankret i føringene fra samhandlingsreformen. Reformen skal også bidra til å skape bedre balanse mellom forebyggende arbeid og behandling, og bedre balanse og likeverdighet mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet skal bidra til at tjenestetilbudet er tilpasset den enkelte pasient og bruker, og at tilbudet er sikkert og av god kvalitet. Dette er i tråd med samhandlingsreformen. Dimensjonene i kvalitetsbegrepet er nærmere omtalt under 1.4 En bred tilnærming til kvalitet.

Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud

Helse- og omsorgstjenesten skal sette pasienter og brukeres behov og ønsker i sentrum. Erfaringene deres skal brukes i forbedringsarbeid. Aktiv medbestemmelse skal ligge til grunn for beslutninger om behandlings- og omsorgstilbudet til den enkelte. Pårørendes rolle som ressurs skal styrkes.

Økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring

Det skal legges større vekt på arbeid med kvalitetsforbedring på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet skal være integrert i den daglige virksomheten i tjenesten. Systemene for kvalitetsmåling skal forbedres og lederne skal etterspørre og følge opp resultatene. Kvalitetsarbeidet skal føre til bedre helse, mer tilfredse pasienter og bedre ressursutnyttelse.

Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

Pasienter og brukere skal være trygge på at helse- og omsorgstjenesten har etablert systemer

og en kultur for å melde, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Oversikten over omfang og risikoområder skal bli bedre. Hendelser som har eller kunne ha ført til pasientskade, skal analyseres og følges opp med tiltak.

Disse målene gjelder på tvers av innsatsområdene i stortingsmeldingen. I tillegg er det knyttet mål til hvert av innsatsområdene i stortingsmeldingen.

1.3 Nasjonale tiltak og virkemidler

Tiltakene i denne stortingsmeldingen utgjør en samlet politikk for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. I hovedsak er nasjonale tiltak og virkemidler rettet mot helse- og omsorgstjenesten som helhet. På noen områder er tiltakene rettet mot deler av tjenesten.

Hele helse- og omsorgstjenesten

Nasjonale tiltak rettet mot tjenesten skal bidra til en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, mer vekt på systematisk kvalitetsarbeid og bedre systemer for å forebygge og lære av feil. De viktigste grepene for å styrke arbeidet på tvers av tjenestenivå er å:

- utvikle beslutningsstøtteverktøy og selvbetjeningsløsninger, sikre at brukerperspektivet får en mer sentral plass i faglige retningslinjer og veiledere, og gjennomføre flere brukererfæringsundersøkelser
- foreslå endringer i helselovgivningen for å styrke pasienter og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker
- etablere et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet
- forbedre systemet for utvikling og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere
- utvikle og publisere flere indikatorer om kvalitet, og bruke dem i oppfølging av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet
- Gjennomføre et prosjekt om måling og rapportering for å kartlegge hva som rapporteres i dag og vurdere forenkling og opprydding i rutine
- sende på høring forslag til felles forskrift for internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet
- gjennomgå krav til kompetanse i grunnutdanningene, og vurdere kvalitet og relevans i praksisstudiene for helse- og omsorgspersonell, jf. Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd – samspill i praksis

- foreslå en ny autorisasjonsordning for helsepersonell som har utdanning fra land utenfor EØS-området

Helse- og omsorgstjenesten i kommunen

Ny helse- og omsorgstjenestelov understreker kommunenes ansvar for systematisk kvalitetsarbeid. Mange kommuner vil ha behov for bistand i dette arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet vil systematisere virkemidler og tiltak til støtte for kommunene. Departementet skal i samarbeid med kommunene arbeide for å videreutvikle styringsdata, statistikk og kvalitetsindikatorer, og bidra til at kommunene bygger opp kunnskap og kompetanse på systematisk kvalitetsforbedring. Sentrale tiltak er å:

- utrede etablering av et sentralt helseregister med personentydige data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- forskriftsfeste lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav
- etablere og videreutvikle nettverk, arenaer og kompetansesentre som kunnskapsstøtte for helse- og omsorgstjenesten i kommunene
- videreutvikle lederutdanningen i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med KS
- videreutvikle partnerskapet med KS gjennom en ny kvalitetsavtale
- sikre at kommuneperspektivet får en sentral plass i de nasjonale tiltakene rettet mot hele helse- og omsorgstjenesten, herunder det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet

Satsingen i regi av omsorgsplan 2015, kvalitetsløftet for rus og psykisk helse og tiltak for å øke kapasiteten når det gjelder fastleger, psykologer i kommunene, utvidet tilbud i helsestasjons- og skolehelsetjenesten og utvidet rehabiliteringstilbud i kommunene, bidrar til å legge et bedre grunnlag for det systematiske kvalitetsarbeidet.

Spesialisthelsetjenesten

Bedre kontroll over økonomien i spesialisthelsetjenesten har ført til at kvalitet og pasientsikkerhet har fått større oppmerksomhet i styringsdialogen med sykehusene. Det er utviklet nasjonale kvalitetsindikatorer, meldeordningen for uønskede hendelser er endret, det er vedtatt et system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten, og det er etablert et styringssystem for organisering av nasjonale tjenester. De viktigste

nasjonale tiltakene for å gjennomføre og videreutvikle dette arbeidet er å:

- iverksette en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten
- legge enda større vekt på kvalitet i styring av de regionale helseforetakene
- foreslå endringer i pasient- og brukerrettighetsloven
- omgjøre utrykningsgruppen for særlig alvorlige hendelser i Statens helsetilsyn, til en permanent undersøkelsenhet for behandling av varsler om alvorlige hendelser
- gjennomføre en bred utredning om alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten
- videreutvikle og forenkle meldeordningen for uønskede hendelser
- etablere et sett av nasjonale prinsipper for utprøvende behandling, og innføre det vedtatte systemet for metodevurdering i spesialisthelsetjenesten
- innføre nasjonal lederplattform for helseforetakene og styrke arbeidet med nasjonalt lederutviklingsprogram

Tiltakene er nærmere omtalt i sammenheng med de seks innsatsområdene i kapittel 4–9.

1.4 En bred tilnærming til kvalitet

Kvalitet består av elementer som endres over tid og som vektlegges og vurderes ulikt, avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitetsbegrepet er verdiladet og subjektivt på samme tid, og ulike elementer kan ofte komme i konflikt med hverandre. Kvalitet handler ikke bare om effekten av behandlingen, men om verdighet, syn på livet, nærhet til hjem og pårørende, risiko for skade og andre utilsiktede virkninger, og ulike behandlingsmuligheter. Ofte vil det være mangelfull kunnskap om flere av elementene som inngår i kvalitetsbegrepet. Dette gjør at kvalitet er vanskelig å måle.

Norsk standard definerer kvalitet som «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav».¹ Det sentrale poenget i denne definisjonen er at kvalitet handler om forholdet mellom hva som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. For pasienten eller brukerens opplevelse av kvalitet er det ikke bare hvilken tjeneste som leveres som har betydning, men også hvilke krav

og forventninger de har til tjenesten. «Krav» er angitte behov eller forventning som vanligvis er underforstått eller obligatorisk. Begrepet «kvalitet» kan brukes sammen med adjektiver som dårlig, god eller utmerket.

Seks dimensjoner ved kvalitet i helse- og omsorgstjenesten

Definisjonen til Norsk standard er generell og kan benyttes for alle sektorer i samfunnet. Hva dette betyr for helse- og omsorgstjenesten er nærmere beskrevet og konkretisert i Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «... og bedre skal det bli!», som ble utgitt som en veileder av daværende Sosial- og helsedirektoratet i 2005. Formålet med veilederen er å bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres, og at kvalitetsarbeidet samordnes og styrkes. Veilederen gir kvalitetsbegrepet et innhold som bygger på samfunnets føringer, lovverkets krav og faglige vurderinger, for å gi best mulig tjenester til brukerne. Det er formulert seks dimensjoner ved kvalitet som sier at tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelige og rettferdig fordelt

Disse dimensjonene eller egenskapene er langt på vei sammenfallende med kvalitetsstrategier i andre land og i internasjonale organisasjoner som Verdens helseorganisasjon, OECD og EU, og kvalitetsdimensjonen til Institute of Medicine i USA.

I veilederen drøftes kvalitet og ulike tilnærminger til kvalitetsarbeid. I forordet legges det vekt på at veilederen kan brukes som en kilde til inspirasjon i lokalt forbedringsarbeid. Målgruppene er definert som ledere, beslutningstakere og utøvere i sosial- og helsetjenesten. Det er ikke gitt konkrete føringer for hvilke grep sentrale myndigheter skal ta for å støtte arbeidet. Veilederen inneholder imidlertid en omtale av aktuelle tiltak for å styrke kvalitetsarbeidet på følgende områder: 1) styrke brukeren, 2) styrke utøveren, 3) forbedre ledelse og organisasjon, 4) styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene, og 5) følge med og evaluere tjenestene.

Selv om Helsedirektoratets veileder har tittelen Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, er den mer en veileder i kvalitetsarbeid enn et strategisk dokument for helsemyndighetene. Helsedirektoratet har gitt ut

¹ NS-EN ISO 9000:2005

rapporten IS-1914 Kvalitet og kompetanse, om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre. Den inneholder anbefalinger om kvalitetsarbeid i tjenester til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer.

Med stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet legger regjeringen fram en samlet strategi for å styrke det systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i tjenesten. Kvalitetstenkningen og de seks dimensjonene i Helse- og omsorgsdepartementets veileder, er lagt til grunn for utforming av tiltak i meldingen. Brukerdimensjonen er utviklet videre i tråd med regjeringens mål om en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste og prinsippet om aktiv medbestemmelse. Ved revidering av veilederen bør omtalen av brukerdimensjonen endres slik at den i større grad fanger opp målene om aktiv medbestemmelse og egenomsorg. Se nærmere omtale av pasient- og brukerperspektivet i kapittel 4 En mer aktiv pasient- og brukerrolle.

1.5 Behov for helhetlige IKT-løsninger

Parallelt med stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, legger regjeringen fram en egen stortingsmelding om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Det er en rekke berøringspunkter mellom disse stortingsmeldingene. I stortingsmeldingen om digitale tjenester drøfter regjeringen de store utfordringene knyttet til informasjonsteknologisystemene i helse- og omsorgstjenesten, og presenterer en samlet strategi for å bedre endringsevnen og legge til rette for en mer helhetlig utvikling av IKT-systemene.

Utviklingen av helhetlige IKT-løsninger har stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Utviklingsarbeidet som skjer i tilknytning til elektronisk pasientjournal, vil gi enklere tilgang på data som kan brukes i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Elektronisk journal og pasientadministrative systemer er nødvendig for sikker håndtering og lett tilgang til informasjon om henvisninger, epikriser, legemiddelbruk, prøvesvar, røntgenbilder osv. Svikt i disse systemene kan føre til at informasjon som har avgjørende betydning for behandlingen, ikke er tilgjengelig og at pasienter ikke blir innkalt i tide.

Utviklingen av IKT-systemer preges i liten grad av helhetstenkning. Mange selvstendige aktører prioriterer IKT-løsninger ut fra lokale behov og mål. Dette har resultert i mange forskjellige systemer som ikke godt nok støtter hel-

hetlige pasientforløp og elektronisk samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivåer. Organiseringen bidrar til stor kompleksitet, og fører til at det tar lang tid å gjennomføre endringer. Elektronisk utveksling av informasjon har økt betraktelig de siste årene. Likevel sendes fortsatt for mye informasjon i papirform. Helse- og omsorgstjenesten er kommet kort sammenliknet med andre bransjer når det gjelder å benytte brukerne som en ressurs. Teknologistøttede hjemmetjenester og digitale selvhjelpsverktøy er lite utbredt. Dagens IKT-løsninger gir begrensede muligheter for selvbetjeningsløsninger og for å kommunisere direkte med helse- og omsorgspersonell. Pasienter og brukere har heller ikke tilgang til egen pasientjournal på nettet. Dette vil regjeringen gjøre noe med.

Helhetlige IKT-løsninger og digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere. Pasienter og brukere skal få elektronisk tilgang til egne helseopplysninger, mulighet til å utføre enkelte oppgaver selv på en sikker måte, og mulighet for elektronisk dialog med helsepersonell.

For å nå målet om effektiv elektronisk samhandling og et helhetlig tjenestetilbud, er det behov for å redusere antall enkeltstående IKT-systemer. Det er behov for mer sentraliserte løsninger som sikrer at helse- og omsorgspersonell får rask og effektiv tilgang til nødvendig informasjon. Regjeringens visjon er at hver innbygger skal ha en journal der alle opplysninger er samlet. Det er derfor nødvendig med sterkere nasjonal styring og koordinering av IKT-utviklingen, og det må sikres en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene. Se nærmere omtale i Meld. St. 9 (2012–2013) En innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid må skje parallelt med utvikling av nye IKT-løsninger. Nye IKT-verktøy er bare ett av mange virkemidler i arbeidet med kvalitet- og pasientsikkerhet.

1.6 Innretning og avgrensning

I denne stortingsmeldingen er oppmerksomheten rettet mot nasjonale grep for å støtte virksomhetenes arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Stortingsmeldingen berører ikke alle forhold som har betydning for kvaliteten i tjenestene. Den retter oppmerksomheten mot det systematiske forbedringsarbeidet og arbeidet for å utnytte tilgjengelige ressurser på en bedre måte.

Innholdet i meldingen er organisert etter de viktigste virkemidlene, og ikke etter spesifikke målgrupper, diagnoser eller liknende. Det betyr for eksempel at utfordringer som gjelder innvandrere og etniske minoriteter, ikke er skilt ut som eget tema, men trekkes inn i omtalen av utfordringer og virkemidler der det er relevant. Det samme gjelder likestilling og antidiskriminering generelt. Helse- og omsorgsdepartementet vil legge fram en egen strategi for innvandrerhelse våren 2013.

Tilgjengelige tjenester og rettferdig fordeling er sentralt i kvalitetsbegrepet. God kvalitet forutsetter rettferdig fordeling og at alle har likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og livssituasjon. Helse- og omsorgstjenesten er organisert og finansiert på en måte som skal gi likeverdig tilgang til tjenester. Tjenestene er i utgangspunktet tilgjengelige for alle. Egenandelene er på et relativt lavt nivå, med unntak av tannhelsetjenester for voksne. Det er gode skjeringsordninger for grupper med spesielle behov, og det sosiale sikkerhetsnettet er godt utbygd. Dette er spesielt viktig for personer med kroniske lidelser som har behov for tjenester fra flere sektorer over lang tid. Til tross for målet om lik tilgjengelighet for alle, er det sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester i Norge. En rapport fra Statistisk sentralbyrå fra 2009, om variasjon i bruk av helsetjenester, konkluderer med at bruken av tjenester varierer med utdanning og inntekt. Jo høyere sosioøkonomisk status, desto høyere er bruken av helsetjenester, gitt samme behov. Regjeringens samlede strategi for å redusere sosiale helseforskjeller er forankret i St. meld. nr 20 (2006–2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Lik tilgjengelighet til helse- og omsorgstjenester forutsetter at tjenestene er innrettet slik at de ivaretar brukernes ulike behov, for eksempel når det gjelder fysisk tilgjengelighet, kulturell forståelse og språk. Samiske pasienters behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres både i planlegging og utredning, og når beslutninger tas. Videre må helsetilbudene til innvandrere bygge på forståelsen av språk, kulturforskjeller og andre forhold som kan kreve spesiell tilrettelegging. God tolketjeneste med kvalifisert tolk og lydhørhet i møte med pasienten, er en forutsetning for likeverdighet. I denne stortingsmeldingen er slike problemstillinger satt på dagsorden ved at brukerorientering er et gjennomgående perspektiv.

1.7 Sammendrag

I denne stortingsmeldingen presenteres regjeringens helhetlige politikk for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringens mål er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, og bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.

For å nå de overordnede målene for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, skal det gjennomføres tiltak på følgende områder: 1) Mer aktiv pasient- og brukerrolle, 2) Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet, 3) Kvalitetsforbedring i tjenestene, 4) Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet, 5) Mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder, og 6) Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon. Hovedgrepene er presentert innledningsvis i dette kapitlet.

Status og utfordringer

Kapittel 2 Status og utfordringer beskriver utviklingen i kvalitetsarbeidet de siste årene og hvilke utfordringer helse- og omsorgstjenesten står overfor i dag. Det har vært en utvikling i retning av økende oppmerksomheten på kvalitet og pasientsikkerhet som er reflektert i sentrale politiske dokumenter. I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) viser regjeringen til at sentrale rammebetingelser langt på vei er på plass, men at det er et behov for en overordnet drøfting av hvordan virkemidlene innvirker på kvalitet og pasientsikkerhet. Det har vært flere prosjekter rettet mot tjenesteutvikling og kvalitetsutvikling både i den kommunale helse- og omsorgssektoren og i spesialisthelsetjenesten. I de senere årene har kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet fått en sterkere organisatorisk forankring på nasjonalt nivå.

Selv om norske helse- og omsorgstjenester er blant de beste i verden og sentrale rammebetingelser for å sikre systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er på plass, er det fortsatt et betydelig rom for forbedringer. Internasjonale undersøkelser tyder på at norske pasienter og brukere er mindre fornøyd med informasjonsflyt, tilgjengelighet og koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten enn i sammenliknbare land. Nasjonale kartlegginger viser at tjenesten har utfordringer når det gjelder pasientskader. Helsetilsynet melder at manglende kvalitetsstyring og kontroll er en utfordring for pasientsikkerheten. Det er behov for å utvikle systemer og kul-

turer for å lære av feil. Det er behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten.

I Kapittel 3 Kvalitetsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner omtales disse som en viktig kilde til kunnskap og informasjon for å videreutvikle arbeidet i Norge. Selv om utfordringene varierer og helsesystemene og prioriteringene er forskjellige, står landene overfor mange av de samme problemstillingene og kan ha nytte av å lære av hverandres erfaringer.

En mer aktiv pasient- og brukerrolle

I kapittel 4 En mer aktiv pasient- og brukerrolle er det lagt vekt på å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Det betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Pasient og bruker skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt. Begrepet «brukerorientering» innebærer også en mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre.

Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem. De skal bli møtt med empati og bli behandlet med verdighet og respekt, og deres verdier og preferanser skal vektlegges i utforming av tilbudet. Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring.

De viktigste virkemidlene for å bidra til en mer aktiv pasient- og brukerrolle er å utvikle selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon og beslutningsstøtteverktøy, å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker og å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Videre handler det om å styrke helsepersonellens kompetanse i kommunikasjon, opprette koordineringsfunksjoner til støtte for pasienter og brukere, samarbeide med pasient- og brukerorganisasjonene om å styrke pasient- og brukeropplæringstilbudene, og gjennomføre brukererfaringsundersøkelser som legges til grunn for videreutvikling av tjenestene.

Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet

Kapittel 5 Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet tar utgangspunkt i nasjonal helse- og omsorgsplan der regjeringen varsler at stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet skal vurdere om dagens systemer bidrar til å støtte arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Det handler om hvordan organiseringen av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, gjeldende regelverk,

finansieringen av helse- og omsorgstjenesten og andre tilgjengelige styringsvirkemidler i større grad kan bidra til kvalitet og pasientsikkerhet.

Kvalitet og pasientsikkerhet skal få større plass i partnerskapet med KS og i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Virkemidler og tiltak for å støtte kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene skal samordnes og systematiseres. Det skal settes i verk en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten.

I all hovedsak er de nødvendige endringene i regelverket gjennomført. Regjeringen vil sende på høring et forslag til en felles forskrift for internkontroll, kvalitet og pasientsikkerhet, endringer i tannhelseloven og forslag om å forskriftsfeste krav om lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav. Utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn for særlig alvorlige hendelser vil bli omgjort til en permanent undersøkelsesenhet for behandling av varsler om alvorlige hendelser. Det skal gjennomføres en bred utredning om hvordan samfunnet kan følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er det behov for endringer i helselovgivningen for å styrke rettsstillingen til pasienter, brukere og pårørende i tilsynssaker.

Kvalitetsforbedring i tjenestene

I kapittel 6 Kvalitetsforbedring i tjenestene er det lagt vekt på at systematisk kvalitetsarbeid skal integreres bedre i den ordinære virksomheten. Det handler om å bidra til kvalitetsforbedring og læring gjennom å styrke kompetanse hos ledere og ansatte, forbedre rutiner for å forebygge og lære av feil, og systematisk bruk av faglige retningslinjer, kvalitetsindikatorer og annen kompetansestøtte. Resultater på kvalitet skal etterspørres av ledere på alle nivåer.

De viktigste nasjonale tiltakene er å etablere et 5-årig nasjonalt program for pasientsikkerhet, forbedre systemet for å utvikle og implementere fagprosedyrer og nasjonale faglige retningslinjer, styrke lederes kompetanse på kvalitetsarbeid, videreutvikle og forenkle meldesystemet for uønskede hendelser, og stimulere til utvikling av arenaer og nettverk for læring.

Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

I kapittel 7 Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet er det understreket at åpenhet er viktig som grunnlag for pasienter og brukeres valg av tjenester, og nødvendig for å gi befolkningen

informasjon om hva helse- og omsorgstjenestene yter og om det er samsvar mellom ressursinnsats og resultat. Det er nødvendig å skaffe data på områder hvor dette mangler, gjøre dataene tilgjengelig for alle som har interesser knyttet til dem, og sørge for at dataene tas i bruk i praktisk evaluering- og forbedringsarbeid.

For å nå målet om større åpenhet, må det satses langt sterkere på utvikling av kvalitetsindikatorer i årene framover. Regjeringen vil legge en plan for hvilke områder som skal prioriteres, og legge føringer for framdriften i arbeidet med å utvikle nye indikatorer. Det skal gjennomføres et prosjekt for å kartlegge og vurdere forenkling i rapporteringsrutinene. Kvalitetsindikatorerne skal brukes mer aktivt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Nasjonalt helseregisterprosjekt skal bidra til at sentrale helse- og kvalitetsregistre utnyttes som datakilde. Det skal settes i gang en utredning om et sentralt helseregister for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerundersøkelsene skal videreutvikles og det skal utvikles indikatorer basert på pasientrapporterte effektmål.

Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder

Kapittel 8 Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder handler om å legge klarere rammer for utprøving og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. I dag er det mangelfull oversikt over omfanget av utprøvende behandling av enkeltpasienter og gjennom kliniske studier. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å vurdere et registreringssystem med utgangspunkt i Norsk pasientregister. For øvrig er de viktigste nasjonale tiltakene å innføre et system for metodevurdering før nye metoder tas i bruk i spesialisthelsetjenesten. På sikt kan det være aktuelt å vurdere hvordan systemet kan ivareta behovet for metodevurdering i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Det skal etableres nasjonale prinsipper for utprøvende behandling.

Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

Kapittel 9 Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon handler om å prioritere forskning som er relevant for tjenesten, bli bedre til å ta i bruk ny kunnskap, ta i bruk forskning som redskap i planlegging og kvalitetssikring, og utnytte pasientnær forskning i kontinuerlig kvalitetsforbedring. Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nye arbeidsrutiner og måter å levere tjenester på. Tjenestenes behov for kompetanse skal være utgangspunkt for å utforme innholdet i utdanningene, jf. stortingsmeldingen om utdanning for velferd.

Eksisterende forskningssatsinger skal videreføres og bruken av midlene skal effektiviseres ved å ta i bruk kunnskapsoppsummeringer som grunnlag for å avdekke forskningsbehov og prioritere forskningsprosjekter. Infrastrukturen for forskning og innovasjon skal i større grad rettes inn mot utprøving av ny teknologi og nye tjenester. Som ledd i oppfølgingen av stortingsmeldingen om utdanning for velferd, skal innholdet i grunnutdanningene fornyes og kvaliteten på praksisutdanningene styrkes. Undervisning i metoder for systematisk kvalitetsarbeid skal inkluderes som en del av alle grunn-, videre- og etterutdanninger for helse- og omsorgspersonell. Det vil bli foreslått en ny autorisasjonsordning for helsepersonell som har utdanning fra land utenfor EØS-området.

Økonomiske og administrative konsekvenser

I kapittel 10 Økonomiske og administrative konsekvenser er det lagt vekt på at arbeidet for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i utgangspunktet skjer innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer. På enkelte områder kan det imidlertid være aktuelt å vurdere omdisponering av ressurser. Eventuelle nye tiltak for å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må fremmes i ordinære budsjettframlegg.

Kapittel



Figur 2.1

2 Status og utfordringer

2.1 Økt oppmerksomhet på kvalitet

I alle land som har velutviklede helse- og omsorgstjenester, dreies den politiske oppmerksomheten mot kvalitet og sikker pasientbehandling. Også i Norge har det skjedd en slik dreining. I helse- og omsorgstjenesten i kommunene er dette reflektert gjennom kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS. I spesialisthelsetjenesten har styring på kvalitet og innhold fått en mer framskutt posisjon i oppdragsdokumentene og i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Siden 2009 har sykehusene samlet sett gått i balanse. Økonomisk kontroll gir nå mulighet til å

Boks 2.1 Omsorgsplan 2015

Framtidens omsorgsutfordringer er beskrevet i St.meld. nr. 25 (2005–2006) *Mestring, muligheter og mening*. Omsorgsplan 2015 er regjeringens handlingsplan for å møte utfordringene ved å styrke kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenestene.

Som del av omsorgsplanen, er årsverkene i tjenestene økt med 22 000 i perioden 2005–2011. Over 80 prosent av disse har helse- og sosialfaglig utdanning. Det er gitt tilsagn om tilskudd til bygging, renovering eller modernisering av nærmere 6000 sykehjem og omsorgsboliger gjennom tilskudd fra det statlige investeringsstilskuddet for heldøgns omsorgsplasser. Dette bidrar til bedre omgivelser og flere tilrettelagte boliger for den enkelte bruker. Gjennom Demensplan 2015 er kvaliteten i demensomsorgen bedret gjennom tilskudd til etablering av dagtilbud for personer med demens, en firedobling av pårørende-skoler og en sterk økning av demensteam i kommunene med ansvar for utredning, diagnostisering og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. Det gis årlig over 300 millioner kroner til ulike kompetansehevede tiltak gjennom Kompetanseløftet 2015. Økt kompetanse bidrar til å styrke kvaliteten i tjenestene.

rette oppmerksomheten mot kvalitet og pasientsikkerhet.

Den økende oppmerksomheten på kvalitet og pasientsikkerhet er reflektert i sentrale politiske dokumenter. I nasjonal helse- og omsorgsplan viser regjeringen til at sentrale rammebetingelser langt på vei er på plass, men at det er et behov for en overordnet drøfting av hvordan virkemidlene virker på kvalitet og pasientsikkerhet.

Tradisjonelt har tjenesteutøverne selv tatt initiativ til og ansvar for kvalitetsforbedring gjennom arbeid i profesjonsorganisasjonene. Det har vært flere prosjekter rettet mot å utvikle kvalitet og kompetanse i tjenesten. I de senere årene har kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet fått en sterkere organisatorisk forankring på nasjonalt nivå. Helsedirektoratet har fått et lovfestet ansvar for kvalitetsmåling, faglige retningslinjer og veiledere.

I kommunesektoren har effektiviseringsnettverkene bidratt til et mer systematisk arbeid med kvalitet og bedre mulighet for sammenlikning. Offentliggjøring av nasjonale kvalitetsindikatorer på sykehusnivå har skapt debatt både om nytten og gyldigheten av slike indikatorer. Samtidig har det vært en økende erkjennelse i fagmiljøene og i profesjonsforeningene av behovet for at også nasjonale myndigheter etterspør resultater på kvalitet og pasientsikkerhet. Forbrukerrådets rapport fra 2011 om test av tannlegekvalitet har utløst en diskusjon om kvalitetsutfordringer med hensyn til variasjon i diagnostikk og behandling på tannhelsefeltet.

2.2 Utvikling av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på nasjonalt nivå

Allerede i 1995 utga Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn den første nasjonale strategien for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Strategien hadde som mål at alle som «ytter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000». Innføring av internkontroll var et ledd i dette. Strategien fra 1995

bidro til å synliggjøre at kvalitetsforbedring både handler om prosesser og strukturer som omgir klinikerne og om den medisinske kvaliteten. Til grunn for dagens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet ligger veilederen Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ... Og bedre skal det bli! fra 2005. Veilederen ble utgitt av daværende Sosial- og helsedirektoratet og inneholder et overordnet rammeverk som skal støtte tjenesten i arbeidet med å utøve tjenester med god kvalitet.

Kvalitetsindikatorer og registre

I 2003 ble det nasjonale systemet for kvalitetsindikatorer innført i spesialisthelsetjenesten. En viktig pådriver for systemet var pasientrettighetsloven som trådte i kraft i 2001 og som ga pasientene rett til fritt sykehusvalg. I tillegg skulle informasjonen fra indikatorene brukes til forbedring og styring. I 2011 ble det publisert flere nye kvalitetsindikatorer på den offentlige helseportalen helser norge.no.

De første indikatorene for pleie- og omsorgstjenestene ble publisert i 2005. Fra 2009 er det publisert åtte indikatorer innen pleie- og omsorgstjenestene og to innen kommunehelsetjenesten. Disse indikatorene publiseres på Statistisk sentralbyrås hjemmesider, og dataene er hentet fra rapporteringssystemer for kommunal virksomhet¹ og pleie- og omsorgsstatistikken.² Det er også utviklet indikatorer for tannhelsetjenesten.

I 2009 ble forprosjekt til Nasjonalt helseregisterprosjekt etablert for å samordne og modernisere de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og de sentrale helseregistrene. Samme år ble Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre etablert i Tromsø, og Helse Midt Norge IT fikk i oppgave å utvikle felles tekniske løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Nasjonalt helseregisterprosjekt ble etablert i 2011, og skal følge opp strategien Gode helseregistre – bedre helse 2010–2020.

Organisatoriske endringer

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble opprettet i 2004. Bakgrunnen var et behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutnin-

ger i helsetjenesten og forvaltningen for i større grad å nå helsepolitiske mål.

Som oppfølging av nasjonal helseplan, ble det etablert en nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret i 2007. Enheten fikk som oppdrag å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og uønskede hendelser. Samme år ble Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (Gruk) innlemmet i Kunnskapssenteret for å utvikle og innføre metoder for kvalitetsforbedring i tjenesten. I nasjonal helseplan ble Helsedirektoratets ansvar som den nasjonale fagmyndighet for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten understreket. I 2012 ble Helsedirektoratets ansvar for arbeid med kvalitetsindikatorer, veiledere og retningslinjer lovpålagt.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble etablert i 2007 for å tydeliggjøre aktørenes roller og ansvar i kvalitets- og prioriteringsarbeidet, bedre samhandlingen mellom nivåene og skape mer helhet i og åpenhet om kvalitets- og prioriteringsarbeidet. Fra 2011 ble mandatet utvidet slik at det gjenspeiler hele helse- og omsorgstjenesten.

I 2003 ble fylkeslegeembetene integrert i fylkesmannsembetene. Tilsynsfunksjonene ble organisert som helsetilsynene i fylkene. Fra 2012 ble helsetilsynet i fylket avviklet som egen organisatorisk enhet og integrert i fylkesmannsambetet. Statens helsetilsyn har fortsatt ansvar for det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten.

Pasientsikkerhetskampanjen

I 2011 startet den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender som varer i perioden 2011–2013. Kampanjen gjennomføres i spesialisthelsetjenesten og i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Kampanjens mål er å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i tjenesten. Kampanjen er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sekretariatet er plassert i Nasjonal enhet for pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Alle helseforetak har kartlagt omfanget av pasientskader for pasientopphold i 2010 og 2011 ved bruk av journalgjennomgangsanalyser. I 2012 gjennomførte alle helseforetakene pasientsikkerhetskulturundersøkelser. Det arbeides med å tilrettelegge en tilsvarende undersøkelse for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

¹ Kostra (Kommune-stat-rapportering) er et nasjonalt informasjonssystem som gir styringsinformasjon om kommunal virksomhet.

² Iplos er betegnelsen på et sentralt helseregister som danner grunnlag for blant annet nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren.

Det ble i 2011 gjennomført pilotprosjekter på områdene trygg kirurgi, riktig legemiddelbruk i sykehjem, samstemming av legemiddellister, pasientsikkerhetsvisitter og ledelse av pasientsikkerhetsarbeidet. I 2012 gjennomfører kampanjen pilotprosjekter på hjerneslag, forebygging av selvmord og overdose, infeksjoner, trykksår, fall og brukermedvirkning.

Pasientsikkerhetskampanjen har satt i verk tiltakspakker på innsatsområdene. Tiltakspakkene er utarbeidet på grunnlag av kunnskapsoppsamlinger, nasjonale faglige retningslinjer, og konsensus i faggrupper. Det er utarbeidet indikatorer som skal måle resultatet av tiltakspakkene.

Uønskede hendelser

Norge var tidlig ute med å etablere et system for å rapportere uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. I 1992 ble det lovfestet en plikt til å rapportere hendelser som har eller kunne ha ført til betydelig skade på pasient. Meldingene kunne danne grunnlag for tilsynssak mot helsepersonell. At en melding kunne føre til reaksjon fra Helsetilsynet, har vært trukket fram som en av årsakene til at meldefrekvensen har vært relativt lav og har variert mellom helseforetakene. Det foreligger ingen systematisk kunnskap om i hvilken grad meldeordningen har ført til lokal kvalitetsutvikling eller bedre pasientsikkerhet.

I 2012 ble forvaltningen av meldinger om uønskede hendelser flyttet fra Helsetilsynet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Melding til Kunnskapssenteret fører ikke til sanksjoner. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og forhindre at feil gjentas.³ Helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetak eller regionale helseforetak skal varsle om alvorlige hendelser til Helsetilsynet for å sikre tilsynsmessig oppfølging.

I 2010 ble det etablert en utrykningsgruppe i Helsetilsynet for å bedre oppfølgingen av særlig alvorlige hendelser. Utrykningsgruppen ble etablert som en toårig prøveordning. Samtidig ble det innført plikt i spesialisthelsetjenesten om å varsle om alvorlige hendelser innen 24 timer. Bakgrunnen var kritikk mot at det kunne gå flere uker før Helsetilsynet fikk kjennskap til en alvorlig hendelse, og at det tok for lang tid før tilsynet fikk mulighet til å undersøke og kartlegge det faktiske hendelsesforløpet. I tillegg ble Helsetilsynet kriti-

sert for at det ikke ble innhentet informasjon fra pasient og pårørende. Denne nye varslingsplikten ble lovfestet fra 2012.

System for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten

Fra 2012 ble det etablert et nytt system for innføring av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Det skal gjennomføres en systematisk vurdering av hvilken vitenskapelig dokumentasjon som finnes om metodens effekt, nytte og kostnadseffektivitet før en ny metode tas i bruk som et ledd i den ordinære pasientbehandlingen.

Styringssystem for organisering av nasjonale tjenester

Nasjonale tjenester er en fellesbetegnelse for nasjonale behandlingstjenester, flerregionale behandlingstjenester og nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten. Nasjonale kompetansetjenester skal bygge opp og formidle kunnskap innenfor eget fagfelt til hele helsetjenesten, bidra i forskning og undervisning og implementering av nasjonale retningslinjer og kunnskapsbasert praksis. Nasjonale behandlingstjenester har i tillegg som oppgave å behandle pasienter ett sted i landet innenfor fagområder hvor pasientgrunlaget er lite og/eller kostnadene er særlig høye.

I 2011 trådte et nytt styringssystem for organisering av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten i kraft. Formålet er å styrke kvaliteten i hele behandlingsskjeden og sikre lik tilgang til avansert behandling. Systemet stiller krav om å overvåke og formidle behandlingsresultater, delta i forskning og forskernettverk, bidra i relevant undervisning og sørge for veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helsetjenesten, andre tjenesteytere og brukere. Hvert femte år skal det foretas en helhetlig gjennomgang av alle nasjonale tjenester for å sikre at nasjonale tjenester er etablert i tråd med tjenestens behov og den medisinskteknologiske utviklingen.

2.3 Andre aktører i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet

Det har tradisjonelt foregått mye kvalitetsarbeid i regi av profesjonsforeningene og organisasjonene. Arbeidet omhandler både endringsprosjekter i klinisk praksis, arbeid med å utvikle indikatorer for tjenesten, prosjekter i etikk og etisk reflek-

³ Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal imidlertid Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten varsle Statens helsetilsyn.

sjon og opplæring av ansatte i legemiddelhåndtering.

Fagforbundet

Fagforbundet er LOs største forbund med over 330 000 medlemmer. Fagforbundet organiserer arbeidstakere i kommunale, fylkeskommunale, private og offentlige virksomheter og i sykehuse. En stor del av medlemmene er ansatt i helse- og omsorgssektoren. Gjennom seksjon for helse og sosial jobber forbundet med yrkesfaglige spørsmål knyttet til informasjon, kompetanse spørsmål, yrkesutdanning og yrkesetikk. Organisasjonens faggrupper fungerer som faglige nettverk.

I 2013 har forbundet utgitt håndbøker for sykepleiere, aktivtører, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, hjemmehjelpere, ernæringsfagarbeidere, ambulanspersonell og ansatte innen barnevern. Fagforbundet ønsker å bidra til kvalitet i alle ledd i legemiddelhåndteringen og har i mange år påtatt seg et ansvar for å lage opplæringsmateriell. I samarbeid med farmasøyt har forbundet utviklet en nettløsning om legemiddelhåndtering.⁴

Fagforbundet har utarbeidet etiske retningslinjer som skal være en felles plattform for medlemmene og stimulere til refleksjon over egen yrkesutøvelse, og videreutvikle gode holdninger og praksis. Forbundet har utviklet e-læringsprogrammer og driver kursvirksomhet for medlemmene om yrkesetisk refleksjon og dialog.

Fagforbundet har etablert kliniske fagstiger for yrkesgruppene innenfor helse og sosial. Fagforbundet har utviklet et dokumentasjonsprogram som både formaliserer kompetanse opparbeidet i yrkeslivet og teoretisk opplæring som blir gitt i tilknytning til arbeidsplassen eller av andre kurstilbydere. Fagforbundet har siden 1999 hatt en tverrfaglig godkjenningsordning av veiledere.

Legeforeningen

I 2011 kom Legeforeningen med rapporten Med kvalitet som ledestjerne – balanserte mål gir god kurs.⁵ Rapporten slår fast at kvalitet må være det sentrale målet for all virksomhet i helse- og omsorgstjenesten, og at det er behov for en omfattende satsning på kvalitet og pasientsikkerhet på alle nivåer. Legeforeningen etterlyser i rapporten

et perspektivskifte i styring og ledelse i helsetjenesten, og peker på at pasientenes behov for gode og sikre helsetjenester må stå i sentrum og tillegges mer vekt enn i dag. Kvalitet og pasientsikkerhet må etterspørres og tilrettelegges på alle nivåer i helsetjenesten. Kvalitetsforbedring skjer ikke av seg selv, men må gjøres som en bevisst, planmessig og integrert del av den daglige virksomheten. Resultater fra den kliniske hverdagen må synliggjøres og dokumenteres på en bedre måte enn i dag, og det må utvikles et begrenset antall gode kvalitetsmål som kan brukes til læring og forbedring, samtidig som de gir god og relevant styringsinformasjon. Rapporten inngår i en serie av statusrapporter der Legeforeningen tar opp viktige områder i helse- og omsorgstjenesten og foreslår tiltak.

Legeforeningen har et fond for kvalitet og pasientsikkerhet der helseinstitusjoner og enkeltleger kan søke om tilskudd. Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.

Legeforeningen har gjennomført flere forbedringsprosjekter – såkalte gjennombruddsprosjekter. Gjennombruddsprosjektene har vært store landsomfattende forbedringsprosjekter innen det medisinskfaglige området. Siden 1998 har Legeforeningen gjennomført gjennombruddsprosjekter innen keisersnitt, intensivmedisin, bruk av tvang, alvorlige stemningslidelser, allmenntilmedisin (vond rygg), ADHD, kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser, rusbehandling, sykehjemsmedisin, og tidlig oppdagelse og behandling av førstegangs psykose.

Norsk Sykepleierforbund (NSF)

Sykepleierforbundet er engasjert i arbeidet med kvalitetsforbedring som en del av forbundets fagpolitiske mål om å videreutvikle sykepleiefaget og bidra til økt pasientsikkerhet. I det nasjonale kvalitetsprosjektet Med pasientenes øyne har Sykepleierforbundet lagt særlig vekt på betydningen av pasient- og brukermedvirkning. Kvalitetsprosjektet har gjennom forbundets ledersatsing bidratt til økt oppmerksomhet på pasient- og brukermedvirkning og på ledernes ansvar for kvalitetsutvikling.

Sykepleierforbundet har også bidratt til å utvikle kunnskapsgrunnlaget for sykepleiefaglige kvalitetsindikatorer. I nordisk sammenheng har sykepleierforbundet vært blant initiativtakerne til et nordisk arbeid for å etablere sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer. Det er etablert en arbeidsgruppe i regi av sammenslutningen Sykepleiernes

⁴ <http://www.legemiddelhaandtering.no/>

⁵ <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/med-kvalitet-som-ledestjerne1/>

samarbeid i Norden som har lagt fram en rapport med anbefalinger innen områdene ernæring, smerter, trykksår, pasientfall, og bemanning.

Norsk Sykepleierforbund har nylig avsluttet en toårig satsning for å stimulere til bruk av kvalitetsindikatorer. Dette arbeidet har vært rettet mot: 1) å gi kunnskap om hva kvalitetsindikatorer er og hvordan de kan knyttes an til behandlingslinjer, 2) å bidra til nasjonale, regional og kommunale satsninger på kvalitetsforbedring og kvalitetsmåling, og 3) å involvere forskningsmiljøene.⁶

De siste årene har Sykepleierforbundet i arbeidet med kvalitetsforbedring, også rettet oppmerksomheten mot betydningen av at sykepleiere mer systematisk tar i bruk forskning, erfaringer og brukerpreferanser for å sikre en kunnskapsbasert praksis.

KS

KS er arbeidsgiverorganisasjon, interesseorganisasjon og utviklingspartner overfor kommunene. I 2003 ble det inngått en avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene mellom regjeringen og KS. Avtalen er senere fornyet og inneholder hovedstrategiene som partene mener er nødvendige for å møte framtidens omsorgsutfordringer. Avtalen har lagt vekt på tverrfaglig kompetanseheving, kommunal planlegging og organisasjons- og ledelsesutvikling med sikte på å bedre kvalitet på tjenestetilbudet og gi det en mer aktiv omsorgsprofil. Avtalen har omfattet helse- og omsorgssektoren og ressurskrevende tjenester, inklusive psykisk helse og rus.

Partene har samarbeidet om en rekke prosjekter som gjelder organisering, ledelse og systemer for måling av kvalitet, herunder Flink med folk, Samarbeid om etisk kompetanseheving, Effektiviseringsnettverkene, Aksjon helsefagarbeider og Flink med folk i første rekke. Det vises til kapittel 6 Kvalitetsforbedring i tjenesten for en nærmere omtale. Jevnlige kontaktmøter mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet innbyr til en konstruktiv dialog om virkemidler og utvikling av nye tiltak. Det har vært et godt samarbeid om oppfølging av tiltakene i Omsorgsplan 2015. Ansvaret for oppfølgingen av avtalen har vært likt fordelt mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. En arbeidsgruppe med deltakere fra KS og Helsedirektoratet utarbeider rapporter med oversikt over pågående tiltak og foreslår prioritering av nye tiltak til kontaktmøtene.

Det er forhandlet fram en ny nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Det er enighet om at omfang og innholdet i avtalen må begrenses til områder som begge parter mener har betydning for samhandling mellom nivåene, kvalitet på tjenestene og effektiv ressursbruk. Målet er at samhandlingsreformen skal gjennomføres i nært samarbeid mellom stat og kommunesektor som likeverdige parter. Partene samarbeider om et gjennomføringsprosjekt for reformen. Avtalen evalueres årlig gjennom konsultasjonsordningen mellom staten og KS.

Pasient- og brukerorganisasjoner

Pasient- og brukerorganisasjonene spiller en sentral rolle i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten gjennom å synliggjøre medlemmenes behov og formidle kunnskap om brukernes erfaringer med tilbudet.

Organisasjonene er svært ulike i medlemstall, interesseområde og aktivitet. Samlet sett bidrar de til å ivareta brukermedvirkning på systemnivå gjennom formell representasjon. Det handler om at pasienter og brukere skal bli hørt i spørsmål som angår dem, og sikres representasjon i organer som er viktige for beslutningsprosessene (styrrer, råd og utvalg). Organisasjonene bidrar gjennom denne virksomheten til opinionsdannelse og politikkutvikling. Det betyr at de har en viktig rolle både for å ivareta kvaliteten på tjenestetilbudet og som en demokratisk faktor.

Pasient og brukerorganisasjonene er også engasjert i likemannsarbeid. Likemannsarbeid handler om å dele erfaringer, praktisk kunnskap og følelsesmessige opplevelser. Det finnes egne informasjonstiltak som brosjyrer og nettbasert informasjon, og informasjonstelefoner som drives av brukerne. En del organisasjoner har etablert møteplasser i form av samtalegrupper eller årlige samlinger for familier med funksjonshemmede barn. Enkelte organisasjoner har satset på veiledning om rettigheter og tjenestetilbud. En del av tiltakene er knyttet til aktiviteter som kostholdskurs eller treningstilbud. Likemannsarbeid er et viktig supplement til tilbudet i regi av helse- og omsorgstjenesten.

Organisasjonene driver også opplæring i brukermedvirkning. Funksjonshemmedes fellesorganisasjon har mer enn 1600 brukerrepresentanter. Organisasjonen er Norges største paraplyorganisasjon for organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke med 72 medlemsorganisasjoner og mer enn 335 000 medlemmer.

⁶ <http://www.sykepleierforbundet.no/fag/kvalitetsindikatorer>

2.4 Kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet

2.4.1 Kvalitet og sikkerhet

Norge er blant de OECD-landene som har de høyeste helseutgiftene, og på noen områder gjenspeiles dette i høy kvalitet på den medisinske behandlingen. Norge ligger over OECD-gjennomsnittet på overlevelse etter hjerteinfarkt, hjerneslag, brystkreft, livmorhalskreft og kolorektalkreft. På indikatorer knyttet til primærhelsetjenesten plasserer Norge seg rundt OECD-gjennomsnittet. En studie publisert i det medisinske tidsskriftet *Lancet* indikerer at norske sykehus er blant de tryggeste i Europa når det gjelder komplikasjoner under og etter operasjoner. Internasjonale sammenlikninger er imidlertid krevende og vil alltid ha statistisk usikkerhet.

Alle norske sykehus har i 2010 og 2011 kartlagt omfang av pasientskader ved å granske tilfeldig utvalgte journaler fra pasientopphold, og Norge er trolig det første land i verden som har gjennomført en slik nasjonal kartlegging. Kartleggingen viste at rundt 16 prosent av pasientoppholdene både i 2010 og 2011 var forbundet med minst en skade.⁷ I 9 prosent av pasientoppholdene oppstod det skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. I 2010 resulterte 0,66 prosent av pasientsoppholdene som ble undersøkt til dødsfall på grunn av skade. I 2011 var andelen 0,37 prosent. Andelen dødsfall er liten og det er derfor statistisk usikkerhet knyttet til tallene. Kartleggingene viser at infeksjoner og legemiddelrelatert skade er de vanligste skadetyperne i sykehus. Internasjonale undersøkelser viser at om lag halvparten av de uønskede hendelsene kan forebygges dersom fullgode tiltak settes i verk. Det er ikke grunnlag for å si at Norge verken har flere eller færre pasientskader enn andre land det er naturlig å sammenlikne seg med.

Psykisk helsevern og rusfeltet

Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008 representerte en kraftig satsning både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Mer enn dobbelt så mange fikk behandling i 2009 enn ti år tidligere.

⁷ Med skade menes utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, og som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang.

Boks 2.2 Health at a glance 2011 – Norge sammenliknet med land i OECD

OECD gir ut rapporten *Health at a Glance*. Rapporten sammenlikner helsesystemer og deres resultater på en rekke dimensjoner. OECD har brukt ulike indikatorer basert på betydningen for langsiktig utvikling og om de er tilgjengelige og sammenliknbare.

OECD-rapporten for 2011 viser generelt både gunstige helsevaner og god helsetilstand i Norge, med høyere forventet levealder og lavere sykkelighet og dødelighet enn OECD-gjennomsnittet. Samtidig har norsk helsetjeneste de nest høyeste helseutgiftene per innbygger etter USA og høyest andel av helseutgiftene som går til pleie og omsorg. Rapporten viser at:

- Norge ligger godt over gjennomsnittet på 5 års overlevelse etter livmorhalskreft. 78,2 prosent overlever etter fem år, mens snittet i OECD er 66,4 prosent.
- Norge ligger noe over gjennomsnittet i OECD på overlevelse for brystkreft. 86,5 prosent overlever etter fem år, mens snittet i OECD er 83,5 prosent.
- Norge ligger noe over gjennomsnittet i OECD på overlevelse etter tykktarmkreft. 63,1 prosent overlever etter fem år, mens snittet i OECD er 59,9 prosent.
- Norge er blant landene i OECD som har lavest dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt, hjernefarkt og hjerneblødning.

Kilde: OECD. *Health at a glance 2011*

gere. Tilsvarende har Opptappingsplanen for rusfeltet (2007–2012) bidratt til en styrking og gitt økte bevilgninger på 1,02 milliarder⁸ i planperioden. I tillegg har en styrking av økonomien i kommunene og helseforetakene lagt grunnlaget for en ytterligere utbygging av tjenestetilbudet.

Gjennom opptappingsplanen for rusfeltet er det satt i gang tiltak for å få bedre dokumentasjon og styringsinformasjon. Det er imidlertid behov for fortsatt innsats på området statistikk, styringsdata og kvalitetsindikatorer. Spesielt er det påpekt at oversikten i kommunene er mangelfull. Meld.

⁸ I 2011-kroner

St. 30 (2011–2012) Se meg! En helhetlig rusmid-delpolitikk inneholder forslag til et kvalitetsløft for å bedre kvaliteten på tjenestene.

I spesialisthelsetjenesten rapporteres aktiv- tetsdata, ventetider og pasientdata for tverrfaglig spesialisert behandling av rus og psykisk helse- vern til Norsk pasientregister. Innen psykisk hel- severn er det i tillegg utviklet kvalitetsindikatorer som publiseres jevnlig på helsenorge.no. Datakva- liteten har imidlertid vært varierende. Manglende datagrunnlag gjør det krevende å følge utviklin- gen innen blant annet bruk av tvang i psykisk hel- severn. For tverrfaglig spesialisert behandling er det foreløpig ikke etablert nasjonale kvalitetsindi- katorer. HelseDirektoratet har opprettet en egen indikatorgruppe innen psykisk helsevern og rus- feltet.

2.4.2 Brukerorientering og tilgjengelighet

Den amerikanske forskningsstiftelsen Common- wealth Fund gjennomfører internasjonale sam- menliknende undersøkelser av helsetjenesten hvert år. Undersøkelsene skal danne grunnlag for nytenkning innen helsepolitikk og gi beslutnings- takere nødvendig informasjon for å fatte infor- merte og ansvarlige beslutninger om helsetjenes- tesystemet i deltakerlandene. Fra år til år vurde- rer ulike populasjoner helsetjenesten i de enkelte landene. I 2009 ble det gjort en undersøkelse blant allmennlegene og i 2010 og 2011 ble det gjort undersøkelser blant utvalgte pasientgrupper.

Norge deltok i 2011 for tredje gang i undersø- kelsen. Et representativt utvalg av pasienter i 11 land vurderte hvor godt helsetjenesten fungerer. Pasientene ble spurt om syn på helsetjenesten, til- gjengelighet til helsetjenester, forhold til fastlege, koordinering og erfaringer med spesialister, for- skriving og medisinbruk, pasientsikkerhet, erfa- ringer med sykehus, erfaringer med akuttmottak, helsetjenester for kroniske sykdommer, helsefor- sikring og egenandeler. Resultatene fra undersø- kelsen viser at norske pasienter på flere områder vurderer tilbudet de får som dårligere enn pasien- ter i land det er naturlig å sammenlikne seg med. Dette kan være uttrykk for at norske innbyggere har høyere forventninger enn innbyggerne i andre land, men indikerer samtidig at det er rom for forbedringer. Eksempler på områder der Norge skårer dårlig er informasjonsflyt, kommu- nikasjon og koordinering mellom ulike deler av helsetjenesten. I 2012 ble det gjennomført en undersøkelse blant allmennleger i ti land. Hoved- bildet er at det er få endringer fra forrige undersø- kelse i 2009.

Boks 2.3 Tilgjengelighet til helsetjenester

- Om lag 1,8 pasienter fikk behandling eller ble utredet i den somatiske spesialisthelse- tjenesten i 2011. Det er om lag 39 000 flere pasienter enn året før.
- Mer enn 55 000 pasienter ble behandlet i psykisk helsevern for barn og unge i 2011. Det er en økning på 2,6 prosent fra 2010.
- Mer enn 128 000 pasienter fikk behandling i psykisk helsevern for voksne i 2011. Det er en økning på 4,8 prosent fra 2010.
- Om lag 25 000 pasienter fikk behandling i tverrfaglig spesialisert behandling for rus- middelmisbruk i 2011. Det er en økning på 7,3 prosent fra 2010.
- Gjennomsnittlig ventetid til behandling i sykehus gikk ned fra 2010 til 2011, og i 2011 var gjennomsnittlig ventetid 76 dager sam- let for alle fagområder.
- Pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp kommer inn til behandling uten ventetid. Om lag 70 prosent av innleggelsene i syke- hus er øyeblikkelig hjelp.
- Det ble gjennomført 13,8 millioner konsul- tasjoner hos allmennlege og 1,1 millioner konsultasjoner ved den kommunale lege- vekten i 2011.
- Det ble foretatt 8,3 millioner konsultasjoner hos avtalefysioterapeut i kommunen i 2011.
- Det ble foretatt 1,8 millioner konsultasjoner hos kiropraktor i kommunen i 2011. Det var 200 000 flere konsultasjoner enn i 2010.

Kilde: Norsk pasientregister og KUHR-databasen.

Resultater fra nasjonale brukerundersøkelser

I 2011 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en nasjonal undersøkelse blant pasienter som har vært innlagt ved somatiske sen- geposter på sykehus. Undersøkelsen viste at pasientene har gode erfaringer med sykehusene, spesielt med de ansatte, og hvordan pårørende blir ivaretatt. Undersøkelsen viste samtidig at sykehusene har forbedringspotensial på områ- dene ventetider, utskrivning og samhandling. En undersøkelse fra 2009 om kreftpasienters erfarin- ger med norske sykehus viste tilsvarende at det er behov for bedre samarbeid og koordinering mel- lom sykehuset og andre helsetjenester. I tillegg svarte pasientene i denne undersøkelsen at infor- masjon og organisering kunne bli bedre.

I 2010 og 2011 gjennomførte Kunnskapssenteret en brukererfaringsundersøkelse ved utvalgte legevakter. Legevaktene får gode tilbakemeldinger fra brukerne på spørsmål om kommunikasjon og kontakt med personellet, men de skårer dårligere på spørsmål om tilgjengelighet og organisering.

I 2009 gjennomførte Kunnskapssenteret en pasienterfaringsundersøkelse blant pasienter innlagt på institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Undersøkelsen var en pilotundersøkelse som ble gjennomført i 14 behandlingssituasjoner. Pasientene som deltok i denne undersøkelsen svarte at de ble møtt med høflighet og respekt og at de følte seg trygge ved institusjonen. Pasientene var mindre fornøyd med tilgang til psykolog, personalets samarbeid med pårørende og hjelp med fysiske eller psykiske plager. Mange pasienter svarte også at de hadde fått dårlig oppfølging etter oppholdet.

I 2009 gjennomførte Sintef en undersøkelse av innbyggernes tilfredshet med de kommunale omsorgstjenestene. Resultatene viste at de aller fleste er trygge på at de får hjelp og har stor tillit til de som yter tjenestene. De fleste mener at ansatte gjør en god jobb og behandler omsorgstjenestens brukere med respekt og høflighet.

Ventetider og fritt sykehusvalg

Tall fra Norsk pasientregister viser at stadig flere pasienter blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Flere pasienter får behandling og ventetiden i sykehusene er på vei ned. To tredjedeler av innleggelsene er øyeblikkelig hjelp og disse pasientene kommer inn uten ventetid. Likevel opplever mange pasienter at ventetidene er for lange og at de ikke får de helsetjenestene de har krav på innen fristen. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene gitt tydelig styringssignal om at ventetidene fortsatt skal ned og at fristbrudd ikke kan aksepteres. Både ventetider og fristbrudd har hatt en positiv utvikling i 2011 og 2012.

Pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten har rett til å velge sykehus. Retten til fritt sykehusvalg gjelder all planlagt undersøkelse eller utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. På nettstedet fritt sykehusvalg publiseres ventetid til utredning og behandling ved alle offentlige sykehus og private aktører med avtale med de regionale helseforetakene. Oversikten som finnes på nettstedet viser at det er store forskjeller mellom sykehusene med hensyn til vente-

tider. Riksrevisjonen gjorde en undersøkelse i 2011 som viser at pasienter som bruker ordningen med fritt sykehusvalg opplever kortere ventetider.

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut et høringsnotat som blant annet inneholder endringer i pasient- og brukerrettighetsloven. Der foreslås viktige tiltak for å sikre pasientene den helsehjelpen de har krav på. Departementet har blant annet foreslått at helseforetakene umiddelbart skal kontakte Helseøkonomiforvaltningen (Helfo) hvis de ikke kan gi pasientene et tilbud før fristen for når helsehjelp senest skal gis, går ut. Pasienten skal da umiddelbart få tilbud om et alternativt tilbud.

Private helseforsikringer

Privat helseforsikring er en behandlingsavtale mellom bedrift eller enkeltperson og en forsikringsleverandør, og skal sikre behandling hos spesialist i Norge eller utlandet innen en gitt frist. I hovedsak dekkes ulike former for planlagt behandling. Om lag 70 prosent av innleggelsene i sykehus er øyeblikkelig hjelp som sjeldent dekkes av private helseforsikringer. Behandling for psykiske lidelser, rusmidler og medikamentavhengighet er andre områder som sjeldent dekkes. Bruk av helseforsikringen forutsetter oftest henvisning fra fastlege eller bedriftslege. Forsikringsselskapenes kunder benytter seg derfor også av det offentlige tilbudet i tillegg til den private helseforsikringen.

Antall nordmenn med privat forsikring har økt de siste ti årene. Bondevik II-regjeringen innførte i 2003 regler som innebar at ansatte ikke ble fordelsbeskattet for bedriftens behandlingssikringer eller utgifter til kjøp av privat helseforsikring til sine ansatte. Denne regelen reverserte Stoltenberg II-regjeringen, og private helseforsikringer ble beskattet fra 2006. Andelen som er forsikret utgjør om lag syv prosent av den norske befolkningen, men forsikringene dekker en meget liten andel av helsetjenestene. Anslåtte erstatningsutbetalinger i 2011 var 343 millioner kroner. Sammenliknet med de totale helsekostnadene på 250 milliarder kroner tilsvarer dette bare 0,14 prosent.

Gjennomsnittlig helsekostnad per innbygger i Norge er om lag 50 000 kroner årlig. Erstatningsutbetalinger tilsvarer om lag 1200 kroner per forsikret person, det vil si rundt 2,5 prosent av gjennomsnittlig helsekostnad. Erstatningsutbetalingene er altså svært lave sammenliknet med de totale helsetjenestene. Det kan skyldes at:

- det er friske yngre personer med lav risiko for sykdom som forsikres

- unntak forhindrer kundene fra å benytte forsikringen ved sykdom
- kundene velger å benytte det offentlige tilbudet selv om de er forsikret

Ni av ti helseforsikringer er betalt av arbeidsgiver, og den brukes gjerne for rekruttering og å beholde ansatte. Andelen privatpersoner som tegner privat helseforsikring synker. Det kan tyde på at omfanget av private helseforsikringer ikke er et resultat av enkeltpersoners manglende tillit til offentlig helsetjeneste.

Ventetider blir ofte brukt som et argument for at det er et behov for private helseforsikringer. Det finnes imidlertid ingen klar sammenheng mellom ventetider, misnøye med kvaliteten og tilgjengelighet på offentlige helsetjenester og utbredelse av private helseforsikring. Regjeringen ønsker ikke en slik økning i bruk av privat helseforsikring, og vil heller arbeide for å bedre kvaliteten og redusere ventetidene innen fellesskapets løsninger.

Et brukerorientert lovverk

Det norske lovverket støtter i stor grad opp om en brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Rettig-

Boks 2.4 Private helseforsikringer

- 330 000 nordmenn hadde privat helseforsikring per 30. juni 2012
- Ni av ti forsikrede får forsikringen betalt av arbeidsgiver
- I hovedsak dekker forsikringen utgifter til legespesialist og diagnostikk, psykolog og psykiater, fysioterapeut og kiropraktor, sykehusopphold og operasjon, og rehabilitering.
- Nær 60 prosent av forsikringssakene gjaldt dekning av utgifter til fysioterapeut, kiropraktor og rehabilitering.
- Anslåtte erstatningsutbetalinger var 343 millioner kroner i 2011. 44 prosent av erstatningsutbetalingene gikk til sykehusopphold og operasjoner.
- Premiekostnadene knyttet til helseforsikringene varierer gjerne med alder, røyking og helse. Forsikringene blir gjerne dyrere for røykere, eldre og personer med dårlig helse.

Kilde: Finansnæringens hovedorganisasjons hjemmesider og brev til Helse- og omsorgsdepartementet.

hetsbestemmelsene i tidligere kommunehelsetjenestelov og sosialtjenestelov ble tatt inn i pasientrettighetsloven da ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble satt i kraft. Pasient- og brukerrettighetsloven har som hovedformål å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, og lovfester blant annet rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten, rett til fastlege, fritt sykehusvalg, rett til medvirkning, informasjon og konfidensialitet og krav om samtykke til helsehjelp.

Språk og kulturforståelse

Pasienter og brukere som ikke har norsk som morsmål vil ha spesielle utfordringer i møtet med helse- og omsorgstjenesten. Samiske pasienter har behov for å bli møtt av en tjeneste som har

Boks 2.5 Tolkeprosjektet i Helse Finnmark

Helse Nord RHF fikk i 2009 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere tolketjenester for pasienter. Helse Finnmark HF har fått ansvar for å gjennomføre et tolkeprosjekt som skal forbedre den samiske tolketjenesten.

Innenfor forvaltningsområdet for samiske språk følger det av sameloven at samisktalende i stor utstrekning har rett til å bli betjent på samisk i møte med offentlige helsetjenester. Dersom tjenesten ikke har samisktalende ansatte, må det skaffes tolk. Det er en forutsetning for kvalitet og pasientsikkerhet at behandler og pasient forstår hverandre. Risiko for feilbehandling øker når kommunikasjonen er dårlig. Samtidig er det en utfordring å få tak i nok samisktalende tolker.

Prosjektet kartlegger muligheten for å etablere en døgntilgjengelig tolketjeneste til befolkningen i Finnmark. Helse Finnmark HF ønsker å utvikle lett tilgjengelige og gode tolketjenester for pasientene ved hjelp av nye tekniske løsninger. Prosjektet vurderer hvordan lyd og bildeoverføring kan brukes for å etablere en desentralisert tjeneste der pasienten kan befinne seg i Hammerfest og motta tolkning fra Kautokeino.

Helse Finnmark har også videreutviklet samarbeidet med Samisk Høgskole i Kautokeino for å etablere et utdanningstilbud for tolker.

kompetanse på samisk språk og kultur. Tjenestene har fremdeles utfordringer med å finne gode løsninger på behovet for tolk og kulturelt tilpasset informasjon for samiske pasienter og brukere. Spesielt eldre samiske pasienter kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg på majoritetsspråket, det gjelder ikke minst demente pasienter. Samiske pasienter innenfor rusbehandling og psykisk helsevern har også spesielle språkutfordringer.

Helse Nord har satt i verk et arbeid for å bedre tolketjenesten til den samiske befolkningen. Mangelfull språk- og kulturkompetanse i tjenesten er også en utfordring for andre grupper som ikke har norsk som morsmål. I dag er det for lite bruk av kvalifisert tolk og det skaper kommunikasjonsutfordringer mellom personellet og pasient og bruker.

2.4.3 Samordning og kontinuitet

Mange pasienter og brukere har behov for sammensatte tjenester som krever samhandling mellom virksomheter og på tvers av organisatoriske nivåer. Det er en utfordring å få til gode pasientforløp med tilstrekkelig samordning, helhet og kontinuitet i et slikt system – noe både internasjonale og nasjonale brukerundersøkelser viser. En rekke faktorer påvirker resultatet, blant annet avklarte ansvarsforhold, etablering av tverrfaglig samarbeid, gode prosedyrer, avtaler og formålstjenelige finansieringsordninger. Tilsynsfunn tilsier at ledelsen ofte er for lite involvert i arbeidet for å sikre nødvendig samhandling, og at mye av ansvaret hviler på den enkelte ansattes kompetanse og erfaring. Samhandlingsreformen har rettet oppmerksomheten mot brukerens behov for helhetlige og koordinerte tjenester. Flere steder er det kommet på plass organisatoriske løsninger som svar på utfordringene, mens andre steder er de organisatoriske løsningene fremdeles under utvikling.

Enkel tilgang til og utveksling av relevant informasjon er avgjørende for å få til god samhandling og for å sikre trygg og god pasientbehandling. Se stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

2.5 Utfordringer i helse- og omsorgstjenesten

Selv om norske helse- og omsorgstjenester er blant de beste i verden og sentrale rammebetingelser for å sikre systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er på plass, er det fortsatt et

betydelig rom for forbedringer. De viktigste utfordringene kan oppsummeres i følgende punkter:

- Kartleggingene av omfang av pasientskader viser at det er utfordringer knyttet til pasientsikkerhet.
- Helsetjenesteassosierte infeksjoner og uheldig legemiddelbruk er de vanligste årsakene til pasientskader.
- De nasjonale pasientundersøkelsene viser at pasientene gir dårlig skår på områder som ventetider, informasjon og koordinering mellom tjenestene.
- Tilsyn tyder på at det er mangelfull kvalitetsstyring og kontroll og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen. Det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil.
- Det er til dels store variasjoner i tilbudet, i diagnostikk og behandlingen av like tilstander.
- Det er behov for mer kunnskap om kvalitet og sikkerhet i tjenesten.

2.5.1 De kommunale helse- og omsorgstjenestene

Omsorgstjenesten

De senere årene har det vært lagt stor vekt på å bygge ut de kommunale omsorgstjenestene. Gjennom Omsorgsplan 2015 er kapasiteten, kompetansen og kvaliteten i omsorgstjenesten styrket. Det er imidlertid fortsatt utfordringer knyttet til kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Hjemmetjenestemottakere og beboere i sykehjem og omsorgsboliger har behov for bedre medisinsk oppfølging. Det gjelder spesielt mennesker med kroniske og sammensatte lidelser, demens, psykiske problemer og mennesker med behov for koordinerte tjenestetilbud fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Helseilsynets rapporter fra 2010 og 2011 viser at mange brukere blir feil- eller overmedisinert, og at det er manglende kompetanse og mangelfull oppfølging av brukeres medisinske behov, knyttet til legemiddelbruk. Dette er nærmere beskrevet under 2.5.4 Legemiddelbruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Helsetilsynet har også pekt på utfordringer knyttet til systematisk styring og ledelse av virksomheten. Funnet og erfaringer fra tilsyn viser at mange kommuner kan dokumentere at de arbeider med utviklings- og forbedringsarbeid for å sikre god styring, men det gjenstår arbeid i de fleste kommunene med å omsette det i praksis. Riksrevisjonens rapport fra 2009 viser liknende

Boks 2.6 Underernæring blant pasienter og brukere

Underernærte pasienter i sykehus har opptil tre ganger så lang liggetid i institusjon som en velernært pasient. Underernæring øker også risikoen for komplikasjoner, gir redusert livskvalitet og økt dødelighet. Underernæring kan både være en årsak til eller følge av sykdom og kan være en underliggende årsak til flere alvorlige tilstander (dehydrering, funksjonssvikt, sår og infeksjoner).

Pasientgrupper som har særlig risiko for underernæring er eldre, demente, enslige, funksjonshemmede, psykiatriske langtidspasienter, rusmisbrukere og pasienter med kroniske lidelser som kreft, leddgikt, osteoporose, hjerte- og lungesykdom. I følge nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring er det anslått at mellom 10 og 60 prosent av pasientene i institusjon har en underernæringstilstand. Forekomsten varierer avhengig av hvilke sykdomsgrupper som er undersøkt, hvilke metoder som er brukt og hvilke grenseverdier som er satt for å stille diagnosen.

Spørreundersøkelser blant helsepersonell i sykehus og sykehjem i Norge i perioden 2007 til 2008 viste at ernæringsstatus bare dokumenteres hos en femtedel av pasienter og beboere på

sykehus og sykehjem. I 2007 gjennomførte Høgskolen i Østfold en nasjonal kartlegging av mat og måltider i sykehjem som avdekket manglende rutiner for å fange opp ernæringsvikt. Høgskolen i Østfold har i tillegg gjennomført en kartlegging blant sykehjemsbeboere i 2010. Kartleggingen viser at det er forbedringspotensial på områder som har betydning for trivsel rundt måltidene.

Helsetilsynet avdekket avvik fra kravet om rutiner for å forebygge og behandle underernæring i 14 av 21 kommuner i 2010. I kommunene med avvik, fant tilsynet at det var store mangler i det daglige arbeidet med å forebygge og behandle underernæring hos eldre som mottok sosial- og helsetjenester.

Helse Bergen HF har siden 2008 gjennomført punktmålinger av forekomst av underernæring fire ganger årlig, totalt 15 ganger. Målingene viser at om lag 25 prosent av inneliggende pasienter over 18 år ved somatiske avdelinger er underernærte og har behov for ernæringsbehandling i en eller annen form. Undersøkelsene viser at 55 til 60 prosent av risikopasientene får ernæringsbehandling.

utfordringer. Alle kommunene i undersøkelsen hadde etablert et intern- og kvalitetskontrollsystem, men ansatte hadde varierende kjennskap til systemet på grunn av manglende opplæring. Undersøkelsen viste at kommunene har utarbeidet systemer for avvikshåndtering, men at det er en klar underrapportering av avvik. Det er derfor krevende å korrigere feil og svakheter i tjenesten.

Helse- og omsorgstjenesten har få ledere sammenliknet med annen virksomhet, driver døgntinuerlig virksomhet, og er sammensatte organisasjoner med store krav til ledelse. Nært lederskap med personlig oppfølging av den enkelte arbeidstaker er en avgjørende faktor for faglig utvikling, god ressursutnyttelse og et systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Personellet utgjør den viktigste ressursen i pleie- og omsorgstjenesten. Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse er en utfordring for framtidens helse- og omsorgstjeneste. Tjenesten er derfor sårbar med hensyn til endringer i personelldekning og personellens kvalifikasjoner. Om lag en tredel av årsverkene i omsorgssektoren består av personell uten helse-

og sosialfaglig utdanning. Samtidig blir brukernes behov stadig mer komplekse og omfattende og det stiller større krav til kompetanse.

Allmennlegetjenesten

Evalueringen som ble gjennomført av fastlegereformen i perioden 2001–2005 viste at reformen har bedret tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten og gitt kortere ventetid og bedre legedekning. Gjentatte innbyggerundersøkelser viser at befolkningen generelt har høy tilfredshet med allmennlegetjenesten.

Legedekningen i kommunene er betydelig bedret etter innføringen av fastlegeordningen, selv om veksten har vært lavere enn ønskelig. Ved utgangen av 2011 var det 604 flere fastleger enn ved oppstart av ordningen i juni 2001. Antallet ubesatte fastlegehemler er betydelig redusert fra 277 i juni 2001 til 60 ved utgangen av 2011. Det er kommunen som har ansvar for å sørge for tilstrekkelig legedekning slik at pasientrettighetene i fastlegeordningen kan innfris. Siden slutten av 1990-tallet er det bevilget årlige midler til stimulerings-

tiltak, og det statlig regulerte legefordelingssystemet ble etablert i 1999. Alle søknader om nye legehjemler i kommunene er blitt innvilget etter at fastlegeordningen ble innført.

Fastlegeordningen har noen utfordringer knyttet til rekruttering og stabilitet i legestillinger i små kommuner med spredt bosetting. Samarbeid med kommunal omsorgstjeneste bør også bli bedre og antallet gjennomførte syke- eller hjemmebesøk er i dag generelt for lavt. Generelt er det behov for styrket legeinnsats i andre deler av kommunehelsetjenesten, herunder i sykehjem. Fastlegeforskriften som trer i kraft i 2013 er et viktig virkemiddel for å løse noen av disse utfordringene. Det stilles blant annet krav til at pasienten skal få time så raskt som mulig og normalt time innen fem dager, at fastlegen skal innrette praksisen slik at 80 prosent av telefonhenvendelsene kan besvares innen to minutter, og at det skal tilrettelegges for elektronisk timebestilling. Legenes plikt til å komme på hjemmebesøk forskriftsfestes. I tillegg er kommunenes ansvar for ordningen tydeliggjort. Det vises til omtale i kapittel 5.

Kommunal legevaktjeneste er en del av allmennlegetjenesten, og det er kommunen som har ansvar for å organisere den. Legevaktordningen er et ledd i den akuttmedisinske kjeden. Kommunen skal ha et system for å sikre at øyeblikkelig hjelp ivaretas hele døgnet ved ulykker og akutte situasjoner. Kommunal legevakt oppleves mange steder å være det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden. Det må i større grad legges til rette for at erfarne allmennleger kan delta i legevakt og bakvaksordninger. I dag er det bare om lag 50 prosent av fastlegene som deltar fullt ut i legevakt.

Tverrfaglige tjenester

Opptrappingsplanene for psykisk helse og rusfeltet har lagt stor vekt på å bygge ut kommunale tjenester og tilbud også til disse gruppene. Rapporter fra blant annet Statens helsetilsyn viser at det fortsatt er utfordringer i kommunene knyttet til helhetlige tjenester til disse gruppene. Regjeringen har derfor lagt frem Meld. St. 30 (2011–2012) *Se meg!* En helhetlig rusmiddelpolitikk, hvor tiltak for å møte disse utfordringene foreslås.

Brukere med behov for habilitering og rehabilitering opplever også at tjenestene ikke fremstår som sammenhengene og tilgjengelige. Kommunens ansvar for å sørge for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, er tydeliggjort i lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå rehabiliteringsfeltet. Regjeringen vil også

legge fram en stortingsmelding om levekår og tiltak for mennesker med utviklingshemming i løpet av 2013.

Tilsyn antyder at det er uønsket variasjon og mangelfull risikostyring av helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere behovet for endringer i forskriften for det forebyggende arbeidet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

2.5.2 Tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenester tilbys i hovedsak fra fylkeskommuner og fra private tjenesteytere uten driftsavtale med fylkeskommune eller andre. Over 90 prosent av den voksne delen av befolkningen mottar tannhelsehjelp i den private tannhelsetjenesten.

For den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det fastsatt sju nasjonale kvalitetsindikatorer, som rapporteres på fylkesnivå til Statistisk sentralbyrå. Indikatorene gjelder i hovedsak tannhelse data og personellressurser. For den private tannhelsetjenesten er det ikke utviklet kvalitetsindikatorer for registrering og rapportering. For voksenbefolkningen er det ingen form for systematisk registrering, innsamling eller publisering. Det finnes heller ikke sentrale registre som kan fortelle hvordan det står til med befolkningens tannhelse, ut over rapporteringen som omfatter 5-, 12- og 18-åringer.

Forbrukerrådets rapport om Kvalitet i tannlegepraksis fra 2011 ga inntrykk av at det er stor variasjon i diagnostikk og behandling mellom privatpraktiserende tannleger. Rapporten viste at diagnostikken var mangelfull, alternativer lite belyst og at det var svært stor variasjon i behandlingsforslagene. Helsedirektoratet utga i 2011 veilederen *God klinisk praksis i tannhelsetjenesten* – en veileder i bruk av faglig skjønn ved nødvendig tannbehandling. Veilederen angir hvordan tannleger på en systematisk måte skal utøve skjønn i planleggingen og gjennomføringen av det som kan anses som nødvendig tannbehandling.

På virksomhetsnivå er tannhelsetjenesten preget av små virksomheter. I privat sektor er det stor grad av autonomi og med begrenset offentlig finansiering. Organiseringen gjør det krevende å få til systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. I den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er det begrenset tradisjon for å etterspørre og styre tjenestene på kvalitet. Videre er det begrenset kunnskap om effekten av diagnostikk og behandling og forebyggende innsats.

Det er stort behov for å få på plass standarder og kodeverk for tannhelsesdata, diagnostikk og behandling i elektronisk pasientjournal. Slik standardisering vil muliggjøre elektronisk kommunikasjon og aggregering av data. Standardiseringen vil også gjøre det mulig for praksiser og klinikker å sammenlikne virksomheten med andre som ledd i systematisk kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å sørge for standardisering og etablering av kodeverk for diagnostikk og behandling i elektronisk pasientjournalssystemer som anvendes i offentlig og privat tannhelsetjeneste. Dette kan danne grunnlag for en ordning med systematisk innhenting av data om tannhelsetilstand og tannbehandling som utføres i den voksne befolkningen.

Kvalitet i tannbehandling er i stor grad også avhengig av kvalitet på de materialer som anvendes i behandlingssammenheng. En utfordring er å få på plass et system med markedskontroll med systematisk testing av tannbehandlingsmaterialer som markedsføres og selges for anvendelse i tannhelsetjenesten. Systematisk produkttesting av tannbehandlingsmaterialer starter høsten 2012.

2.5.3 Spesialisthelsetjenesten

De nasjonale pasienterfaringsundersøkelsene viser at pasientene stort sett er fornøyd med sykehusene. Funn fra Helsetilsynets landsomfattende tilsyn viser imidlertid at det også er utfordringer på flere områder. Tilsyn med svært ulike tema⁹ har avdekket noen generelle utfordringer knyttet til styring og ledelse av kvalitet og pasientsikkerhet. Virksomhetens interne styring og kontroll er ofte ikke god nok, og mangler og svikt fanget derfor ikke opp. Ledelsen bruker i liten grad resultatparametre for å følge med på om virksomheten yter forsvarlige tjenester.

I 2012 presenterte Statens helsetilsyn funnene fra en analyse av innrapporterte uønskede hendelser i sykehusene i perioden fra 2008 til 2011. Statistikken som er registrert i meldesentralen viser at helsetilsynet i fylkene mottok svært ulikt antall meldinger, noe som kan tyde på at det er ulik meldekultur i sykehusene. Analysen viste at 14 prosent av meldingene gjaldt legemiddelfeil, mens 11 prosent av meldingene gjaldt hendelser i sammenheng med fall. Om lag 19 prosent av meldingene

Boks 2.7 Psykisk helse og rusbehandling – forebygging av selvmord og overdosedødsfall

Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender skal forbedre pasientsikkerheten innen psykisk helsevern. Prosjektet har valgt ut to innsatsområder:

- Forebygging av selvmord i psykiatriske døgnposter
- Forebygging av overdosedødsfall etter utskriving fra institusjon

Det er opprettet arbeidsgrupper innen hvert av de to områdene. Arbeidsgruppene er satt sammen med tanke på bredde og tverrfaglighet. Brukerorganisasjonene Lar-nett og Leveforeningen for etterlatte etter selvmord deltar i hver sin gruppe. Arbeidsgruppens mandat er å peke på tiltakspakker og målinger. Tiltakspakkene skal inneholde de tre-fire viktigste tiltakene for å redusere forebygging av selvmord og overdosedødsfall. Tiltak og målinger skal testes ut i spesialisthelsetjenesten. Fra januar 2013 vil alle sykehus få tilbud om å delta i læringsnettverk for å komme i gang med tiltakene.

omhandlet uønskede dødsfall, og de fleste ble meldt fra psykisk helsevern.

Årsrapportene fra Pasient- og brukerombudet gir også informasjon om utfordringsbildet. Fra rapportene framgår det at størstedelen av klagen fra pasientene gjelder pasientskader og komplikasjoner som følge av behandlingen. Andre områder pasientene klager på er mangelfull informasjon, vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, ventetid og forsinket behandling.

Elektroniske pasientjournaler og pasientadministrative systemer anses som kritiske systemer for å sikre forsvarlig pasientbehandling. Konsernrevisjonen i Helse Sør- Øst RHF avdekket svikt i det pasientadministrative arbeidet ved flere av helseforetakene i regionen i perioden 2010–2011. Helsetilsynet avdekket tilsvarende funn ved flere av landets helseforetak i 2011. Funnene gjaldt mangelfulle risiko- og konsekvensanalyser ved innføring og bruk av elektroniske pasientadministrative systemer og elektronisk pasientjournal, mangelfull opplæring av helsepersonell, mangelfulle kunnskaper om myndighetskrav og mangelfull kontroll og oppfølging av ikke ferdigstilte dokumenter. Gjennom prosjektet Glemte av syke-

⁹ Tematikken i disse tilsynene har omhandlet akuttmottak (2007), spesialisthelsetjenester ved distriktpsikiatriske senter (2008 og 2009) og tjenestetilbud til eldre med hjerneslag (2011).

huset følger Helse Sør-Øst RHF opp de alvorlige funnene fra den interne revisjonen. Prosjektet skal støtte helseforetakenes arbeid med opprydding og forbedringer.

I 2011 og 2012 ble det i sammenheng med nasjonal lederplattform gjennomført en omfattende kartlegging blant ledere i spesialisthelsetjenesten. Lederne oppfatning av utfordringsbildet i sykehusene var en del av kartleggingen. Tilbakemeldingene fra de som deltok i kartleggingen er at den viktigste utfordringen, fra et lederperspektiv, er å levere kvalitet innen gitte rammer. Lederne trakk også fram utfordringer knyttet til å forme en tjeneste ut fra pasientenes behov og å skape tillit i befolkningen. Flere ledere etterlyste arenaer på tvers av enheter og avdelinger hvor erfaringer og kunnskap kan deles. Mange ledere uttrykte behov for bedre styringsdata, metodikk og prosessstøtte i forbedringsarbeidet. Arbeidet med lederplattfor-

Boks 2.8 Forebygging av fall i helsetjenesten

Forebygging av fall i helseinstitusjoner er valgt som ett av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen. Bakgrunnen for innsatsområdet er at:

- Fall er den vanligste årsaken til at eldre skader seg i og utenfor helseinstitusjoner. Konsekvensene er ofte alvorlige.
- Utenlandske studier viser at mellom halvparten og tre fjerdedeler av sykehjemspasientene faller. Pasienter faller ofte mer enn én gang. Mange fall rapporteres ikke.
- En dansk undersøkelse viste at syv prosent av de som kom til behandling med hoftebrudd hadde pådratt seg dette under sykehusopphold. Fallulykker representerer 20–30 prosent av alle skaderelaterte sykehusinnleggelser.
- Mellom 10 og 20 prosent av fallene i sykehjem gir alvorlig skade, og kan påvirke leveutsiktene. I tillegg til brudd og hodeskader kan problemer som varig uførhet, frykt for å falle igjen og tap av selvstendighet være følgetilstander.

Høsten 2012 starter pasientsikkerhetskampanjen pilotprosjekter i sykehjem og sykehus. Pilotprosjektene skal prøve ut ulike tiltak for å redusere fall hos pasienter og brukere over 65 år.

Kilde: <http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/>

men avdekket også store utfordringer for første-linjeledere nær pasienten og brukeren. Disse lederne står nærmest pasientbehandlingen, forvalter størstedelen av de samlede ressursene i helseforetakene, og er avgjørende for å kunne oppnå trygge og gode helsetjenester.

Spesialisthelsetjenesten er preget av rask utvikling innen ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder. Uklare grenser mellom etablert behandling og utviklingsarbeid utfordrer kvalitet og pasientsikkerhet ved at ikke-etablerte, usikre behandlingsformer tilbys pasienter uten at det gis nødvendig informasjon om usikkerhet knyttet til effekt og bivirkninger.

2.5.4 Legemiddelbruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner

Helsetjenesteassosierte infeksjoner og legemiddelfeil er de hyppigste uønskede hendelsene i helse- og omsorgstjenestene og er blant de viktigste innsatsområdene i den pågående pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender.

Legemiddelbruk

Kartleggingen som ble gjort i pasientsikkerhetskampanjen viser at om lag 12 prosent av pasient-skadene skyldes feil legemiddelbruk. Tilsynsrapporter kan tyde på at hovedutfordringene knyttet til legemidler kan relateres til at:

- Helsepersonell mangler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk.
- Legen forskriver feil legemiddel, for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler, feil dosering eller gir for dårlig oppfølging.
- Pleiepersonell utleverer feil legemidler, feil dose eller følger ikke opp at pasienten faktisk tar legemidlet.
- Pasienten får ikke god nok veiledning, bruker legemidlene på feil måte eller følger ikke opp behandlingen fordi de ikke har tiltro til den.

En sentral utfordring er den manglende oversikten over pasientens faktiske legemiddelbruk som kan oppstå når pasienten overføres innen og mellom omsorgsnivå. Problemet med manglende oversikt over faktisk bruk er mest alvorlig for de sykeste, de som skifter hyppig mellom fastlege, legevakt, omsorg i hjemmet, eller de som skifter hyppig mellom sykehus og sykehjem. Problemet kan også oppstå internt i sykehus og sykehjem, ved bytte av avdeling eller mellom ulike skift. Utfordringen øker når pasienter bruker flere lege-

midler og når flere helsepersonell på ulike nivå er involvert i behandlingen.

Manglende oversikt over pasientens legemiddelbruk gjør at det lett kan oppstå feil i legemiddelbehandlingen. Behandlende lege har ikke et godt nok grunnlag for å ta beslutninger om legemiddelbehandlingen, og pasienten vil kunne få dårlig tilpasset legemiddelbehandling, eller bli satt på legemidler i uheldige kombinasjoner.

Kompleksiteten i behandlingen av pasienter har gradvis økt over tid, både ved at det er stadig flere leger og annet helsepersonell involvert i hvert pasientforløp, og ved at bruken av legemidler som behandlingsform har økt. Bruk av lege-

midler, målt i antall døgndoser har i praksis blitt doblet siden slutten av 1990-tallet. Denne utviklingen har gjort det mer krevende å få oversikt over pasientenes faktiske legemiddelbruk og å sikre god kvalitet på behandlingen.

En rapport fra Verdens helseorganisasjon fra 2003 viser at om lag halvparten av pasientene med kroniske lidelser ikke bruker legemidlene riktig, eller lar være å ta dem. Et eksempel på dette kan være pasienter med kols eller astma som har feil teknikk ved bruk av inhalasjonspreparater. Et annet eksempel er pasienter som er usikre på behandlingen og redde for bivirkningene og som derfor ikke tar legemidlene. Noen pasienter redu-

Boks 2.9 Bruk av legemidler – bedre oversikt og veiledning

Samstemte legemiddellister, strukturerte legemiddelgjennomganger og legemiddelsamtaler mellom pasient og farmasøyt er sentrale virkemidler for å gi personell som behandler oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk og sette pasienten i stand til å bruke legemidlene riktig.

Samstemming av legemiddellister

I dag mangler det gode rutiner for å sikre at pasientens medisinliste er oppdatert. Manglende legemiddelsamstemming er kjent som et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt. Mulighet for feil kan handle om feil ordinasjon, feil administrasjon, feil dose, feil pasient, og manglende koordinering og informasjonsoverføring. Problemet er særlig aktuelt hos kronikere og eldre som ofte er i kontakt med ulike deler av helsetjenesten.

Samstemming av legemidler handler om at sykehuset, fastlegen, hjemmetjenesten, sykehjemmet, pårørende og pasienten selv skal ha den samme informasjonen om pasientens faste medisiner. Legemiddelverket, Legeforeningen og Helsedirektoratet samarbeider om en kampanje med plakater på legekantorene, hvor de oppfordrer pasientene til å be om en legemiddelliste. Pasientsikkerhetskampanjen har også samstemming av legemiddellister som et innsatsområde. Etter fastlegeforskriften som trer i kraft fra 1. januar 2013, har fastlegen ansvaret for å føre legemiddelliste.

Legemiddelgjennomganger

Helsedirektoratet har utgitt en veileder for legemiddelgjennomganger som er et grunnlag for å

utvikle gode prosedyrer for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. Selve legemiddelgjennomgangen kan gjøres av behandlende lege alene, eller i tverrfaglige team der behandlende lege er en del av teamet. Legen er ansvarlig for den endelige beslutning om videre legemiddelbehandling for pasienten.

Oslo kommune gjennomførte i 2011 og 2012 et prosjekt for legemiddelgjennomganger hos 1437 pasienter ved 29 sykehjem. Legemiddelgjennomgangene ble foretatt av tverrfaglige team i samarbeid med en av landets største apotekkjeder. Foreløpige resultater bekrefter at legemiddelbruk blant eldre er et problemfylt område der hver pasient i gjennomsnitt hadde 2,7 legemiddelrelaterte problemer. I følge sykehjemsetaten i Oslo ble 99,5 prosent av disse løst i legemiddelgjennomgangene

Legemiddelgjennomganger inngår som en del av innsatsområdet riktig legemiddelbruk i sykehjem i pasientsikkerhetskampanjen.

Legemiddelsamtaler

Legemiddelsamtale er en planlagt og strukturert samtale mellom pasient og farmasøyt som har som mål at pasienten skal få innsikt i, bli trygg på og oppnå best mulig effekt av behandlingen. Gjennom legemiddelsamtaler kan farmasøyten bidra til at pasientene får bedre forståelse av behandlingen og dermed motiveres til riktige bruk av legemidlene. Farmasøyten skal kontakte pasientens lege dersom samtalen avdekker legemiddelrelaterte problemer.

serer legemiddelbruken i gode perioder for å redusere bivirkninger, mens andre pasienter rett og slett glemmer å ta medisinen. Hvis pasientene ikke bruker legemidlene riktig, vil ikke effekten av behandlingen bli optimal.

Helsetilsynet har i flere år gjennomført tilsyn med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Revisjonene som gjaldt legemiddelhåndtering og samarbeid med fastlegen avdekket avvik fra lovkrav i 75 prosent av kommunene. Avvikene knytter seg til forhold som omhandler manglende styring og ledelse og de viktigste utfordringene kan oppsummeres i følgende punkter:

- det er uklarerhet rundt lederansvaret og utpeking av faglig rådgiver
- det er ikke er god nok opplæring
- det er mangel på prosedyrer og journalføring for å sikre god praksis
- ledelsen følger ikke med på hva som kan gå galt i legemiddelhåndteringen
- det ikke er noe system for å lære av feil
- det er for dårlig og lite dokumentert samarbeid med fastlegene

Rapportene fra Helsetilsynet viser feil knyttet til utlevering av legemidler, feil dose og manglende oppfølging av pasienten. I omsorgstjenesten er det også utfordringer knyttet til pasientjournalssystem, styring av legetjenesten og oppfølging av legemiddelbehandling.

Det vises til stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren for en beskrivelse av elektroniske verktøy som kan bidra til mer oppdatert og korrekt legemiddelinformasjon.

Helsetjenesteassosierte infeksjoner og resistens

Infeksjoner som oppstår som følge av opphold i helseinstitusjoner er belastende for pasientene og kostbart for helsetjenesten. Nasjonalt folkehelseinstituttets prevalensundersøkelse (endagsundersøkelse) våren 2012 viste at omlag én av 19 sykehuspasienter og én av 16 beboerne i sykehjem hadde en helsetjenesteassosiert infeksjon. Denne infeksjonsforekomsten er blant de laveste registrerte siden undersøkelsen startet i 1999, og skyldes hovedsakelig en nedgang i forekomsten av urinveisinfeksjoner. Forekomsten av motstandsdyktige (antibiotikaresistente) bakterier øker, som blant annet skyldes feil- og unødvendig bruk av antibiotika.

Med bakgrunn i studier av forekomsten av sykehusinfeksjoner i Norge er det beregnet at 50 000 pasienter som hvert år legges inn i syke-

hus, får en sykehusinfeksjon som vil forlenge oppholdet med fire dager, det vil si til sammen 200 000 dager. I tillegg til de direkte kostnadene for sykehusene kommer sykepengene, tapt arbeidsfortjeneste, produksjonstap med videre. Flere eldre pasienter, mer avanserte behandlinger i helsetjenesten, og kortere liggetid vil bety at problemet vil øke framover både i sykehus og kommunale sykehjem og utenfor institusjoner.

Økt forbruk av antibiotika og spredning av resistente mikrober fører til at omfanget av infeksjoner med antibiotikaresistente mikrober øker. I Norge er situasjonen imidlertid bedre sammenliknet med nesten alle andre europeiske land, men dette kan raskt endres dersom spredningen av antimikrobiell resistens fortsetter. Problemene skyldes for høyt volum av antibiotikabruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og unødvendig bruk av bredspektrede antibiotika i spesialisthelsetjenesten. En annen utfordring er at det foregår lite utvikling av nye legemidler på områ-

Boks 2.10 Antibiotikaresistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner

Norske helsemyndigheter har de siste 20 årene gjennomført tiltak for å motvirke antibiotikaresistens og forebygge infeksjoner i helsetjenesten. Dette er gjort gjennom Handlingsplan for infeksjonskontroll i norske sykehus 1992–1996, Tiltaksplan for å motvirke antibiotikaresistens (2000–2004), Handlingsplan for å forebygge sykehusinfeksjoner (2004–2006) og Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens som utløper i 2012.

Det er etablert strukturer som skal sikre videre oppfølging av handlingsplanene. Det er etablert overvåkningssystemer for smittsomme sykdommer (MSIS), antibiotikaresistens (NORM), antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) og antibiotikabruk som forskrives på resept (Reseptregisteret). Det er innført en plikt for helsetjenesten å etablere infeksjonskontrollprogrammer (smittevernforskriften) som blant annet skal inneholde tiltak for infeksjonsforebygging, og det er etablert kompetansetjeneste for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten (UIO) og spesialisthelsetjenesten (Helse Bergen HF) og et kompetansetjeneste for antibiotikaresistens (UITØ).

det. Verden kan derfor om få år stå overfor en situasjon hvor en rekke sykdommer ikke lenger kan behandles på grunn av resistente mikrober.

Nasjonalt folkehelseinstitutt gjennomførte i 2011 en midtveisevaluering av Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012). Evalueringen viser at det foregår et betydelig arbeid innen smittevern i helseinstitusjoner og mot antibiotikaresistens i Norge, og at de fleste av delmålene i strategien er gjennomført eller at arbeidet er godt i gang.

Infrastrukturen i kampen mot antibiotikaresistens og helsetjenesteassosierte infeksjoner er nå mer eller mindre på plass i Norge. Området er

regulert gjennom lover, forskrifter og retningslinjer som nylig er revidert. Vi har en god geografisk spredning av tiltakene og et godt samarbeid mellom ulike aktører. Det gjenstår imidlertid noen utfordringer. Generelt er smittevernarbeidet i helseinstitusjonene for lite robust og det er en manglende implementering av infrastrukturtiltakene, spesielt i kommunene. Manglende standardiserte IT systemer innebærer en betydelig flaskehals i overvåking av antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner. Vaksinasjonsdekningen blant ansatte og pasienter mot influensa og pneumokokksykdom er for lav, og det er behov for en sterkere koordinering av tiltak mot resistens og en strategisk tilnærming til forskning på området.

Kapittel

3



Figur 3.1

3 Kvalitetsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner

3.1 Innledning

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i andre sammenliknbare land og i internasjonale organisasjoner, er en viktig kilde til kunnskap og informasjon som kan brukes som grunnlag for å videreutvikle arbeidet i Norge.

De vestlige landene står overfor en rekke felles utfordringer på helseområdet, med flere eldre med sammensatte lidelser og flere pasienter med kroniske lidelser. Samtidig øker forventninger og krav hos befolkningen til helsetjenesten, og tilfanget av nye og dyre behandlingsmetoder og legemidler øker. Helseutgiftene har økt de siste årene og forventes å stige ytterligere. Dette skjer samtidig som flere land i EU og OECD har en presset økonomi og må redusere de offentlige utgiftene. Presset på helsetjenestesystemene og evnen til å gi befolkningen kostnadseffektiv, virkningsfull og trygg helsehjelp er stort.

Norge har lang tradisjon for å samarbeide og utveksle erfaringer med Sverige, Danmark, Skottland og England fordi helsesystemer er relativt like. I likhet med Norge har disse landene en offentlig finansiert og i hovedsak offentlig drevet helsetjeneste. Samtidig er det forskjeller mellom landene med hensyn til organiseringen av primær- og spesialisthelsetjenesten, styring og bruk av økonomiske insentiver for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg er Nederland et interessant land for slike sammenlikninger. Nederland kommer godt ut i internasjonale helsetjenestundersøkelser som vurderer helsesystemet ut fra et brukerperspektiv.

OECD, Nordisk ministerråd og EU er organisasjoner som har initiert tiltak for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet på internasjonalt nivå.

I dette kapitlet er det gitt en omtale av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i Danmark, Sverige, Skottland, England og Nederland. Kapitlet omtaler også arbeid i regi av EU, Nordisk ministerråd, Verdens helseorganisasjon og OECD som har betydning for det nasjonale arbeidet for kvalitet og pasientsikkerhet.

3.2 Utvalgte lands arbeid

3.2.1 Danmark

Danmark har etablert en egen nasjonal kvalitetsmodell som bygger på akkreditering som metode. Det er utarbeidet akkrediteringsstandarder for sykehus, apotek, preshospitale tjenester, den kommunale tjenesten og allmenlegetjenesten.¹ Den danske kvalitetsmodellen er gjort obligatorisk gjennom avtale mellom myndighetene og de ansvarlige aktørene. Formålet med kvalitetsmodellen er å sikre kvalitetsutvikling i alle offentlig finansierte helsetjenester, skape bedre og mer sammenhengende pasientforløp, og forebygge feil og utilsiktede hendelser.

Akkrediteringsstandardene er utarbeidet av Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet i samarbeid med regioner, kommuner og tjenesten. Standardene bygger på noen felles overordnede prinsipper for kvalitetsforbedring.

Kvalitets- og akkrediteringsinstituttet er etablert for å utvikle og drifte det danske kvalitetsprogrammet. Innen utgangen av 2012 skal alle sykehus ha gjennomført sin første treårige akkrediteringssyklus. Apotekene begynner på ny akkrediteringssyklus i midten av 2013. Øvrige områder er i startfasen med akkreditering. Kvalitets- og akkrediteringsinstituttet offentliggjør oversikt over hvilke institusjoner som er akkreditert og informasjon om akkrediteringsstatus og rapport fra akkrediteringen.

I 2012 ble akkrediteringsstandardene for sykehusene revidert. Standardene er fortsatt knyttet til organisatoriske standarder, pasientforløp og sykdomsspesifikke standarder. Hensikten med revideringen har vært å lage en versjon som er mindre omfattende og mer brukervennlig. Antall standarder er redusert fra over 100 til rundt 80, og sykehusene har fått større frihet med hensyn til valg av metoder til kvalitetsutvikling.

Den danske kvalitetsmodellen er ikke evaluert og det er foreløpig ikke grunnlag for å vurdere

¹ Akkreditering er nærmere beskrevet i kapittel 5 Strukturert som støtter kvalitetsarbeidet.

sammenhengen mellom modellen og effekt på helsetjenestens kvalitet og pasientsikkerhet. Den danske modellen er imidlertid uttrykk for en helhetlig og systematisk tilnærming til kvalitetsarbeid som er interessant for det norske arbeidet.

3.2.2 Sverige

I Sverige er mye av ansvaret for kvalitetsarbeidet lagt til landsting og kommuner. Det er inngått avtaler mellom den svenske regjeringen og Sveriges kommuner og landsting om å bedre tilgjengelighet og valgfrihet, pasientsikkerhet, helsetjeneste for eldre og bedre nasjonale kvalitetsregistre. I tillegg er det pågående arbeid i Sverige for å fremme nasjonal e-helse, implementere en strategi for bedre legemiddelbruk og tiltak for å styrke brukerens stilling. Økonomiske insentiver knyttet til konkrete krav er et viktig virkemiddel i avtalene.

I 2006 ble rapporten Öppna jämförelser gitt ut for første gang. Rapporten gis ut årlig. Rapporten sammenlikner landsting på indikatorer innen behandlingskvalitet og effektivitet. Sosialstyrelsen og Sveriges kommuner og landsting har et felles ansvar for arbeidet med rapportene. Formålet med kvalitetsmålingene er å bidra til kvalitetsutvikling gjennom åpenhet og sammenlikning, og legge til rette for styring og ledelse på kvalitet. I 2011 ble 173 indikatorer brukt som utgangspunkt for sammenlikning.

Kvalitetsregistre er en viktig datakilde for indikatorene, og Sverige har en egen satsing for å sikre bedre datakvalitet, dekningsgrad og tilgjengelighet til kvalitetsregistrene. I 2011 ble det inngått en avtale mellom interesseorganisasjonen for kommuner og landsting og staten om utviklingen og finansieringen av nasjonale kvalitetsregistre for årene 2012–2016. Formålet med avtalen er å utvikle kvalitetsregistrene slik at potensialet for å utvikle tjenesten kan realiseres.

Sverige innførte en ny pasientsikkerhetslov i 2011. Loven stiller i større grad enn tidligere krav til helseinstitusjonenes ansvar for systematisk pasientsikkerhetsarbeid. Samtidig som loven trådte i kraft er det satt av øremerkede midler til pasientsikkerhetsarbeidet. Satsingen skal bidra til å redusere pasientskader og føre til bedre pasientsikkerhetskultur. Den største delen av midlene i pasientsikkerhetssatsingen knyttes til årlige avtaler mellom staten og interesseorganisasjonen for kommuner og landsting for å styrke og intensivere pasientsikkerhetsarbeidet i landstingene. Avtalen bygger på en prestasjonsbasert modell med økonomiske insitamenter for pasientsikker-

hetsarbeid i landstingene. Oppfølgingen er i hovedsak basert på prosessindikatorer og lenene kan lage egne betalingsordninger basert på lokale kvalitetsindikatorer. Parallelt pågår et arbeid med å utvikle en nasjonal strategi for pasientsikkerhet og et arbeid med å utvikle årlige statusrapporter på pasientsikkerhetsområdet.

Sverige har gjennom satsingen på kvalitetsregistre og rapportering på kvalitet kommet langt i å skape en kultur for åpenhet om helsetjenestens resultater. Satsing på kvalitetsregistre har gitt et godt grunnlag for kvalitetsmålinger.

3.2.3 England

I England ble mye av arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsutvikling satt i gang etter at det ble avdekket spesielt høy dødelighet ved hjertekirurgi hos barn ved en klinikk i Bristol i 1997. Hendelsen førte til at helsedepartementet utviklet et nasjonalt rammeverk for helsetjenesten for å forbedre sykdomsspesifikke områder av tjenesten. Det ble også utviklet en rekke strategier for å heve kvaliteten ved å utvikle nasjonale standarder og tiltakspakker for enkeltområder.

En sentral organisasjon er National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) som kan sammenliknes med det norske Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret. NICE har ansvar for arbeidet med å utvikle nasjonale standarder og retningslinjer for pasientforløp. Nasjonale helsemyndigheter har etablert en egen funksjon som skal sikre at krav til kvalitet og pasientsikkerhet inngår i avtalene med helsetjenesten. I kontraktene inngår det mål for kvalitet og pasientsikkerhet, og tilbyderne får økonomisk insentiver for måloppnåelse. Deler av inntekten til for eksempel allmennlegene er knyttet til krav om kvalitetsforbedring.

Fra 2010 er det innført krav om at de som tilbyr helsetjenester skal utarbeide en årlig rapportering om kvalitetsforbedring. Rapporten skal blant annet si noe om pasientsikkerhet, effektivitet og pasienterfaring. Rapportene publiseres på nettstedet NHS Choice.

3.2.4 Skottland

I Skottland skal helsebudsjettet reduseres med 17 prosent i perioden 2009–2015. Dette tilsvarer 3 prosent årlig reduksjon i femårsperioden. Parallelt er det vedtatt en kvalitetsstrategi for den nasjonale helsetjenesten. Strategien har som overordnet mål å levere helsetjenester som er blant de beste i verden.

Kvalitetsstrategien har tre ambisiøse kvalitetsmål. For det første skal tjenestene utøves som et likeverdig samarbeid mellom pasienter, pårørende og tjenesteytere. For det andre skal det ikke forekomme pasientskader som kunne vært unngått. For det tredje skal pasientene få riktig behandlingen uten uønsket variasjon til rett tid.

Strategien bygger på tiltak som allerede er satt i gang og nye tiltak. Det skotske pasientsikkerhetsprogrammet er et nøkkeltiltak for å nå målene i strategien. Det femårige programmet ble lansert i 2008 og har som mål å redusere dødelighet med 15 prosent og uønskede hendelser med 30 prosent innen utgangen av 2012.

Programmet er et samarbeid mellom alle de sentrale aktørene i tjenesten. Det er lagt vekt på å bygge opp kunnskap og kompetanse i forbedringsarbeid hos personalet som jobber i den pasientnære delen av virksomheten. De viktigste virkemidlene er kurs og opplæring i forbedringsmetodikk, og erfaringsutveksling gjennom nasjonale nettverk og samlinger.

I tillegg utarbeides kommunikasjonsverktøy og tiltakspakker som prøves ut og implementeres på tvers av alle akuttisyrkehus i Skottland. Tiltakspakkene og skjema for måling er tilpasset helt ned til sengepostnivå. Analyser av journalgjennomganger² brukes for å identifisere pasientskader. Det blir også testet ut verktøy for å redusere unødvendige dødsfall gjennom tidlig intervensjon hos pasienter med forverret tilstand.

Det er utviklet prosess- og resultatmål for hvert innsatsområde og målinger viser at det har skjedd forbedringer. Standardisert sykehusdødelighetsrate har gått ned med godt over 10 prosent siden 2008, og det rapporteres om betydelig nedgang i flere typer infeksjoner.

Den norske pasientsikkerhetskampanjen er inspirert av den skotske kampanjen og bygger på samme tenkning og arbeidsmetodikk. Den skotske kampanjen inkluderer imidlertid ikke kommunehelsetjenesten. Budskapet i den skotske kvalitetsstrategien er at det tar tid å bygge en bærekraftig infrastruktur, ledere må velges med omhu, og klinikerne og annet helsepersonell må få veiledning og opplæring i forbedringsarbeid.

3.2.5 Nederland

Nederland har hatt et eget kvalitetsprogram siden 2003. Målet med programmet er å bedre kvaliteten på spesialist- og primærhelsetjenestene. Programmet har tre kjerneaktiviteter:

- målstyring for alle allmennleger og ti sykehus
- introduksjon av indikatorer for en tryggere og bedre helsetjeneste
- et program for kvalitet, innovasjon og effektivitet, som prioriterer pasientsikkerhet og pasient-sentrert behandling.

I Nederland kom det i 2007 en rapport om pasientskader som har hatt stor betydning for pasientsikkerhetsarbeidet. Rapporten viste at den nederlandske helsetjenesten hadde betydelige utfordringer med et høyt antall skadede og døde som følge av svikt under sykehusopphold. Som følge av rapporten, tok det nederlandske helsedepartementet initiativ til en tiltaksplan for å halvere uønskede hendelser i sykehus. En nasjonal pasientsikkerhetsstrategi ble satt i verk fra januar 2008. Sykehusene er nå pålagt å implementere tiltakene.

Nederland har etablert en rekke institusjoner med ulike oppgaver for å fremme kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er etablert et nasjonalt institutt for folkehelse og miljø som har ansvar for å samle inn informasjon om, og analysere kvaliteten på helsetjenesten. Instituttet publiserer hvert andre år en rapport om kvaliteten på helsetjenestene. I rapporten evalueres tjenestene med utgangspunkt i et sett av 125 indikatorer. I tillegg publiserer instituttet en oversikt over utviklingen av befolkningens helsestatus.

Det nasjonale instituttet for folkehelse og miljø publiserer årlig resultatet av nasjonale brukerundersøkelser på en egen nettportal (www.kiesbeter.nl). Målet er at informasjonen skal være tilgjengelig for pasientene ved valg av behandlingssted.

3.3 Internasjonale organisasjoner

3.3.1 EU

De senere årene er det i EU vedtatt flere direktiver med bestemmelser om kvalitet og sikkerhet. De viktigste er direktiv om kvalitet og sikkerhet ved blodtransfusjon, celler og vev, direktiv om medisinsk utstyr, direktiv om sikkerhet og kvalitet ved organtransplantasjon og direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester. Norge er gjennom EØS-avtalen forpliktet til å følge opp EU-direktiver som omfattes av avtalen. Arbeidet med å ta inn de to sistnevnte direktivene i norsk rett pågår.

Etter direktivets artikkel 10 skal medlemslandene samarbeide om standarder og retningslinjer for kvalitet og sikkerhet. Behandlingslandene skal

² Global Trigger Tool (GTT).

sikre at opplysninger om helsepersonells rett til å praktisere, gjøres tilgjengelig for myndigheter i andre medlemsland.

EUs helsestrategi beskriver bedre pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten som et viktig satsnings- og samarbeidsområde for medlemslandene.³ I 2009 vedtok EUs helseministre rådskonklusjoner om pasientsikkerhet. Vedtaket forplikter EU til å støtte medlemslandene i arbeidet for bedre pasientsikkerhet i Europa, noe som ifølge Lisboa-traktaten først og fremst er et nasjonalt

Boks 3.1 Medisinsk utstyr

I de senere årene har det vært en rekke uheldige hendelser knyttet til medisinsk utstyr i Europa. I 2010 oppdaget franske helsemyndigheter at et franskprodusert brystimplantat var laget av en silikongele som ikke var godkjent. Tusenvis av kvinner i EU ble påført helseskader og implantatet ble trukket fra markedet.

Medisinsk utstyr godkjennes ikke på forhånd av myndighetene, men det er etablert tekniske kontrollorgan som undersøker om produktene er produsert i samsvar med regelverket. Etter vurderingen utsteder det tekniske kontrollorganet et sertifikat slik at produsentene kan CE-merke produktene. Når denne prosedyren er gjennomført i et enkelt land, kan produsentene selge produktet i hele EØS-markedet, inkludert Norge.

Etter skandalen med brystimplantater i Frankrike, har EU-kommisjonen satt i verk en rekke tiltak som skal øke sikkerheten ved bruk av medisinsk utstyr. Kommisjonen skal vedta forskrifter som sikrer en bedre praksis for å utpeke tekniske kontrollorgan. Nasjonale myndigheter skal sikre at bare velfungerende, godt finansierte og bemannede tekniske kontrollorganer blir utpekt for å gjøre vurderinger av medisinsk utstyr. Kontrollorganene skal pålegges å gjennomføre hyppigere tilsyn uten forhåndsvarsling. Andre tiltak er økt myndighetsovervåkning og bedre sporingssystemer.

I september 2012 la kommisjonen fram forslag om nye direktiver for medisinsk utstyr. De nye reglene skal ifølge kommisjonen sikre pasienter og helsepersonell sikkert, effektivt og innovativt medisinsk utstyr.

ansvar. Rådskonklusjonene omfatter syv anbefalinger til medlemslandene:

1. Inkludere pasientsikkerhet i den offentlige helsepolitikken og etablere nasjonale program
2. Involvere og informere borgere og pasienter
3. Støtte etablering eller styrking av sanksjonsfrie rapporterings- og læringssystem for uønskede hendelser
4. Inkludere pasientsikkerhet i utdanning og trening av helsepersonell og øvrige som jobber i helsetjeneste
5. Klassifisere og måle pasientsikkerhet
6. Dele erfaringer og «beste praksis»
7. Utvikle og fremme forskning på pasientsikkerhet

Medlemslandene er i tillegg oppfordret til å lage nasjonale strategier for forebygging av helsetjenesterelaterte infeksjoner. Kommisjonen har kartlagt i hvilken grad medlemslandene har fulgt opp og implementert anbefalingene. Kartleggingen viser at mange av tiltakene som er utdypet i anbefalingene er satt i verk av medlemslandene. Kommisjonen mener at det er behov for større innsats rettet mot brukermedvirkning og å styrke helsepersonells kompetanse på pasientsikkerhet.

Norge deltar i Kommisjonens arbeidsgruppe for pasientsikkerhet og kvalitet.⁴ Arbeidsgruppen er etablert for å følge opp EUs arbeid på kvalitet og pasientsikkerhet og gi råd om framtidige prioriteringer. Gruppen består av representanter fra alle medlemslandene, EFTA-landene, internasjonale organisasjoner og EU-institusjoner. Sentralt i EUs arbeid er erfaringsoverføring og identifisering av «beste praksis» gjennom faglige nettverk bestående av representanter fra medlemslandene og internasjonale organisasjoner. For å gjøre dette på en systematisk måte settes det i gang såkalte «Joint actions» på en rekke temaområder. I 2012 startet Joint Action-gruppe for pasientsikkerhet og kvalitet. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten representerer Norge i dette arbeidet.

3.3.2 Verdens helseorganisasjon

Verdens helseorganisasjon har som overordnet mål å arbeide for at alle skal ha den beste helsetilstanden som er mulig å oppnå. Organisasjonen styres av 193 medlemsland. Helse- og omsorgsministeren representerer Norge i organisasjonens styrende organer.

³ Together for Health: A strategic Approach for the EU 2008-2013.

⁴ The Commission Patient Safety and Quality of Care Working Group.

Organisasjonen arbeider for å fremme ledelsesforankring av global helse, helseforskning, utforme normer og standarder, fremme kunnskapsbaserte beslutninger, tilby verktøy og måle helsetrender. Verdens helseorganisasjon har knyttet til seg nettverk av faginstitusjoner og fagfolk på en rekke viktige områder, og benytter ulike typer fagkomiteer og ekspertutvalg i forberedelsene av saker som skal behandles i de styrende organer.

Organisasjonen har blant annet et eget program for pasientsikkerhet med vekt på forskning, utdanning og kompetanse, kampanjer og et eget pasientforum. Organisasjonen har utviklet en rekke verktøy, retningslinjer og anbefalinger relatert til pasientsikkerhet. Sjekklister for trygg kirurgi som benyttes i den norske pasientsikkerhetskampanjen er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon. Organisasjonen har også utarbeidet et klassifikasjonssystem for uønskede hendelser og laget opplæringsprogram for helsepersonell i pasientsikkerhet.

3.3.3 Organisasjon for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD)

Utgangspunktet for OECDs arbeid med helserelaterte spørsmål er at bedring av befolkningens helse kan bidra til høyere økonomisk vekst og økt velferd. OECDs arbeid med helse startet på begynnelsen av 1980-tallet, med hovedvekt på å bygge opp en database som grunnlag for sammenliknbare analyser av helsesystemer.

I 2001 etablerte OECD et eget helseprosjekt. Gjennom prosjektet ble OECDs engasjement utvidet til å omfatte noen av hovedutfordringene politiske myndigheter står overfor i arbeidet med å forbedre eget lands helsetjenestesystem. OECD samarbeider tett med Verdens helseorganisasjon og EU-kommisjonen. Det har vært arrangert helseministermøter i sammenheng med helseprosjektet i 2004 og 2010. Helse- og omsorgsdepartementet deltar i OECDs helsekomite som er førende for helseprosjektets arbeid. Norge deltar også i flere underprosjekt, som for eksempel OECDs kvalitetsindikatorprosjekt.

OECD publiserer data om medlemslandenes helsesystemer og utgifter, analyserer utviklings trekk, sammenlikner helsetjenesten i landene, og

gjør utredninger som belyser effekten av reformer i medlemslandene.

3.3.4 Nordisk samarbeid

Nordisk ministerråd er etablert for å styrke samarbeid og erfaringsutveksling mellom de nordiske landene. Under Norges formannskap i 2012 er utvikling av velferdsstaten i et nordisk perspektiv hovedtema. På helseområdet har Norge lagt vekt på tiltak som skal bidra til å styrke kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. For eksempel gjennom å ta initiativ til et samarbeid om høyspesialisert medisin. Norge har også tatt initiativ til forslag om å etablere et nordisk helsesamarbeid om kliniske multisenterstudier for å øke omfanget av slike undersøkelser i Norden. I 2012 arrangerte Norge to nordiske konferanser om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten. Formålet var erfaringsutveksling om brukerinvolvering, pasientsikkerhet og kvalitetsmåling. Norge har også tatt initiativ til å etablere en arbeidsgruppe for pasientsikkerhet som skal følge opp anbefalinger gitt i sluttrapport fra det nordiske kvalitetsindikatorprosjektet i regi Nordisk ministerråd.

3.4 Oppsummering

Internasjonale organisasjoner er viktige arenaer for politikktutviklingen på helse- og omsorgsområdet. Kvalitetsmåling har stått sentralt i mye internasjonalt samarbeid om kvalitet, men det er en økende erkjennelse av betydningen av erfaringsutveksling knyttet til konkrete områder som pasientsikkerhet, brukerperspektiv og innføring av nye metoder. Selv om utfordringene varierer og prioriteringer og helsesystemer er forskjellige, står landene overfor mange av de samme problemstillingene og kan ha nytte av å lære av hverandres erfaringer.

Regjeringen er opptatt av at Norge skal videreføre engasjementet i internasjonalt samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet. Norsk helse- og omsorgstjeneste skal bygge på nasjonal og internasjonal kunnskap og det skal legges vekt på internasjonale anbefalinger.

Kapittel

4



Figur 4.1

4 En mer aktiv pasient- og brukerrolle

Regjeringen har som mål å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Dette betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Pasient og bruker skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt. Begrepet «brukerorientering» innebærer også en mer likeverdig vekting av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre siden.

Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem. De skal bli møtt med empati og bli behandlet med verdighet og respekt, og deres verdier og preferanser skal vektlegges i utforming av tilbudet. Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring. Større grad av egenomsorg er viktig for å gi den enkelte bedre helse og livskvalitet, men er også en forutsetning for en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Pasient- og brukerorientering har stor betydning for pasientsikkerhet. Feil kan forebygges gjennom pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter og helse- og omsorgspersonell.

De viktigste virkemidlene for å bidra til en mer aktiv pasient- og brukerrolle er å utvikle selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon og beslutningsstøtteverktøy, å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker og å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Videre handler det om å styrke helsepersonellens kompetanse i kommunikasjon, opprette koordineringsfunksjoner til støtte for pasienter og brukere, samarbeide med pasient- og brukerorganisasjonene om å styrke pasient- og brukeropplæringstilbudene, og gjennomføre brukererfaringsundersøkelser som legges til grunn for videreutvikling av tjenestene.

4.1 Status og utfordringer

Hensynet til pasienter og brukeres interesser har i økende grad blitt synliggjort i politiske dokumenter og i regelverket, både nasjonalt og inter-

Boks 4.1 Verdens helseorganisasjons krav til et velfungerende helsesystem

Verdens helseorganisasjon tar utgangspunkt i befolkningens og brukeres behov og forventninger i kravene til et velfungerende helsesystem. Det innebærer at helsesystemet på en balansert måte skal svare på befolkningens behov og forventninger ved å:

- Forbedre helsen til individer, familier og samfunn
- Forsvare befolkningen mot helsetrusler
- Forsvare befolkningen mot økonomiske konsekvenser av dårlig helse
- Gi likeverdig tilgang til pasient- og brukero-orienterte tjenester
- Gjøre det mulig for befolkningen å delta i beslutninger om egen helse og helsetjeneste

nasjonalt. I nasjonal helse og omsorgsplan slås det fast at «Brukerne skal medvirke og ta beslutninger i forhold som angår dem. Brukermedvirkning skjer når brukerne er aktive deltagere i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak». Brukerne skal videre «delta aktivt i utvikling av faglige retningslinjer og handlingsplaner». Mer helhetlige og koordinerte tjenester er avgjørende for å gjøre tjenestene mer brukerorientert. Et av de mest sentrale punktene i samhandlingsreformen er derfor at de ulike delene av helse- og omsorgstjenesten skal bli bedre til å svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester.

Brukerorientering i regelverket

Det norske lovverket støtter i stor grad opp om en brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Pasienter har i dag rett til nødvendig helsehjelp i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, rett til å få helsetilstanden vurdert innen 30 virkedager etter at henvisningen er mottatt, og spesialisthelsetjenesten skal fastsette en konkret, individuell frist

for når en rettighetspasient senest skal få nødvendig helsehjelp. I høringsnotat om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og implementering av pasientrettighetsdirektivet har Helse- og omsorgsdepartementet foreslått å styrke pasientenes rettigheter ved å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke rettighetspasienter i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det foreslått å endre vurderingsfristen fra 30 til 10 virkedager. Videre innebærer forslaget at pasienter som har behov for helsehjelp innen 10 virkedager skal få informasjon fra spesialisthelsetjenesten om når utredning eller behandling skal starte. Se nærmere omtale i høringsnotatet.

Pasienter og brukere har også rett til informasjon om helsetilstanden og om innholdet i helsehjelpen. Pasienter som blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal informeres om muligheten for å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasient og bruker rett til å medvirke i utforming av tilbudet og i valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Pasient- og brukerrettighetsloven stiller krav om at det kommunale tjenestetilbudet så langt som mulig skal utformes i samarbeid med brukeren. Helse- og omsorgstjenesteloven pålegger kommunen å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Kommunen skal også sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter.

Tilsvarende framgår det av helseforetaksloven at de regionale helseforetakene skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i arbeidet med den årlige planen for virksomheten, og at de regionale helseforetakene skal sørge for at den enkelte virksomhet etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Brukeropplevd kvalitet

Pasient- og brukerundersøkelser viser at norske pasienter og brukere gjennomgående er tilfredse med tjenestene de mottar. Men undersøkelsene viser også at det er behov for forbedring, blant annet når det gjelder informasjon, kontinuitet i tjenestene og samarbeid mellom ulike aktører. Det finnes eksempler på at pasienter og brukere opplever at de ikke møtes med nødvendig respekt for

Boks 4.2 Brukeropplevd kvalitet

Kvalitet består av flere elementer som vektlegges og vurderes ulikt avhengig av ståsted og egne oppfatninger. Kvalitet handler om forholdet mellom det som faktisk ytes og hva som kreves eller forventes. Det er derfor ikke bare hvilken tjeneste som leveres som har betydning, men også hvilke krav og forventninger pasienten eller brukeren har til tjenesten. Pasienters og brukeres krav og forventninger inkluderer:

- Resultat av behandlingen
- Fravær av uønskede hendelser eller skader
- Ventetid
- Geografisk nærhet til tjenestene
- Valgmuligheter
- Informasjon
- Mulighet for medvirkning
- Helse- og omsorgspersonellets oppførsel
- Andre forhold relatert til service

de verdiene og preferansene de har, eller at de ikke får informasjon i en form som gjør det mulig å delta aktivt i utformingen av eget behandlings- og omsorgstilbud. Pasient- og brukerombudene skriver i sammendrag av årsmeldingene for 2011 at det fortsatt oppleves som vanskelig å klage. Spesielt mennesker med alvorlige og kroniske sykdommer, og pårørende til eldre i sykehjem forteller at de frykter negative reaksjoner.

Nye forventninger til helse- og omsorgspersonell

God behandling og omsorg er selve grunnlaget for helse- og omsorgstjenestene, og dette preger i stor grad innsatsen til de ansatte. Helsepersonell strekker seg ofte svært langt for å levere gode tjenester. Likevel kan tjenestene bli mer brukerorientert. For å få det til, må de ansatte se tjenestetilbudet fra pasientens perspektiv, og legge vekt på forhold som har betydning for den enkelte pasient og bruker. Det kan handle om informasjon og praktisk tilrettelegging, men også at pasienten opplever å bli inkludert som aktiv deltaker i eget behandlings- eller omsorgstilbud. Av og til kan det som pasientene er opptatt av synes mindre viktig fra helse- eller omsorgsarbeiderens perspektiv. Av og til dreier det seg om behov som lett kan overses eller oppfattes som «heft» i en travel hverdag. Enkelte ganger vil andre forhold enn de rent faglige måtte vektes i beslutningsprosesser.

Brukerorientering utfordrer den tradisjonelle behandlerrollen ved at pasienter og behandlere blir mer likeverdige.

4.2 Ny pasient- og brukerrolle

Utvikling av nettbasert helseinformasjon og helse-tjenester på nett, sosiale medier og blogger har lagt grunnlag for en ny pasient- og brukerrolle. Dagens brukere søker opp informasjon på nettet og deler erfaringer, både gode og dårlige. Gjennom digitale medier etableres kontakt mellom pasienter, brukere og befolkningen, og på denne måten blir brukernes stemme mer synlig og en stadig sterkere driver i å utvikle helse- og omsorgstjenestene i en mer brukerorientert retning.

Helseinformasjon på nett

Når pasienter og brukere har lett tilgang til helseinformasjon og god kunnskap om helsefremmende tiltak, vil de i større grad kunne ta ansvar for egen helse. Helseinformasjon på internett er imidlertid ikke alltid like seriøs. Nasjonale helsemyndigheter har derfor en viktig oppgave i å bidra til kvalitetssikret nettbasert helseinformasjon. Det er også viktig at informasjonen er tilpasset brukerne, både ved at den er pedagogisk i formen, og ved at den gir brukerne mulighet til å navigere i nettbaserte programmer for å få tilgang til mest mulig skreddersydd informasjon.

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere

Mange benytter seg i dag av tilbakemeldinger fra andre brukere når de skal velge reisemål, hoteller, restauranter osv. I flere land finnes det også nettsteder der pasienter og brukere kan få tilgang til andres erfaringer med ulike helse- og omsorgstilbud. I England offentliggjøres publikums vurderinger av leger og sykehus på nettstedet NHS choices, og i USA publiseres slike vurderinger på en rekke kommersielle nettsteder. Det er grunn til å tro at omfanget av slike pasient- og brukervurderinger vil øke.

Veiviser til helsetjenesten

For å kunne ta en mer aktiv rolle har pasienter og brukere behov for god informasjon om ulike behandlings- og omsorgstilbud, kvaliteten på

disse, ventetider og hvilke tilbud som er mest hensiktsmessige ut fra den enkeltes behov. Slik informasjon er i dag gjort tilgjengelig gjennom nett- og telefontjenesten fritt sykehusvalg og telefontjenesten til Helsetjenestens veiledningssenter i Helfo.

Helfo har også en pasientformidlingsenhet som har kunnskap om ulike behandlingstilbud som grunnlag for å skaffe pasienter alternative tilbud ved fristbrudd.

Nettjenesten fritt sykehusvalg er planlagt integrert i portalen helsenorge.no i løpet av 2013. Det er også behov for å se ulike telefon- og formidlingstjenester i sammenheng slik at tilbudet framstår enhetlig for pasienter og brukere.

Økt bruk av selvbetjeningsløsninger

Dagens brukere stiller større krav til service og tilgjengelighet. Helsetilbud i flere land har gode erfaringer med å la pasienter selv bestille timer på nettet, gi pasienter tilgang til egen helseinformasjon og legge til rette for sikker kommunikasjon med behandlere via e-post. I Norge har for eksempel mange fastleger etablert systemer for at pasienter selv kan bestille time via internett og tekstmelding.

Størsteparten av befolkningen bruker e-post og tekstmeldinger som kommunikasjonsverktøy, og det vil komme stadig sterkere krav fra pasienter og brukere om å kunne kommunisere med helse- og omsorgstjenesten på samme måte. Det også grunn til å tro at pasienter og brukere i økende grad vil stille krav om elektronisk tilgang til egen helseinformasjon.

I Norge skal den offentlige helseportalen helsenorge.no bidra til en styrking av pasient- og brukerrollen og gjøre helsetjenesten mer åpen og tilgjengelig for befolkningen. Gjennom å publisere resultater fra kvalitetsmålinger og pasient- og brukersundersøkelser bidrar portalen til åpenhet om kvaliteten på helse- og omsorgstilbudet. Helseportalen skal utvikles videre og aktuelle områder kan være:

- tilgang til kvalitetssikret og tilpasset informasjon om sykdom, behandling og rettigheter
- veiviser til helsetjenesten – informasjon om tjenestetilbud og behandlingskvalitet
- tilgang til egne helseopplysninger
- elektronisk dialog mellom pasient og behandler
- selvbetjeningsløsninger for timebestillinger eller lignende
- tilbakemeldingsmuligheter fra brukere til helsetjenesten

Fra 2013 vil kvalitetsmålene for sykehusene, som i dag publiseres på www.sykehusvalg.no, bli publisert på helsenorge.no.

4.3 Aktiv medbestemmelse

Et viktig kjennetegn ved en brukerorientert tjeneste er at pasienter og brukere oppmuntres til å delta aktivt i beslutninger om eget behandlings- eller omsorgstilbud. Retten til medbestemmelse er godt forankret i regelverket, men det kan fremdeles gjøres mye for å gjøre det enklere for pasienter og brukere å ta denne rettigheten aktivt i bruk. Pasient og bruker og personellet bør samarbeide om å avklare hvilke valgmuligheter som foreligger og deretter velge det mest egnede behandlings- eller omsorgstilbudet. I denne prosessen må pasient og bruker få hjelp til å balansere fordeler og ulemper, kommunisere egne preferanser og få mulighet til å velge det alternativet som er mest i tråd med disse.

Aktiv medbestemmelse innebærer ikke at valgmuligheten til pasienter og brukere er ubegrenset. De nasjonale prioriteringene for helse- og omsorgstjenestene vil legge rammer som på mange områder vil begrense pasienter og brukeres valgmuligheter. Aktiv medbestemmelse rokker heller ikke personellens plikt til å gi informasjon og omsorgsfull hjelp. Alle alternativer må ligge innenfor det som helsepersonellet anser som forsvarlig. På samme måte vil valgmulighetene og handlingsalternativene måtte ligge innenfor tilgjengelige ressurser.

I noen situasjoner vil det være åpenbart hvilken behandling som er å foretrekke og lite rom for pasientpreferanser. Et hoftebrudd må repareres, blindtarmbetennelse må opereres og hjernehinnebetennelse må behandles med antibiotika. Aktiv medbestemmelse er viktigst i situasjoner hvor det fra et faglig og ressursmessig ståsted er mer enn ett akseptabelt valg (inkludert valget om ikke å gjøre noen ting), og de ulike valgmulighetene har ulike kombinasjoner av effekt og risiko eller bivirkninger. Beslutninger om behandling for brystkreft eller prostatakreft i tidlig stadium, bruk av kolesterolsenkende medisin, valg av medikamenter for å behandle lettere psykiske lidelser og beslutninger om medikamentassistert eller annen form for rehabilitering ved rusavhengighet er eksempler på valgsituasjoner der brukerens preferanser er avgjørende.

Boks 4.3 Valg mellom behandlingsalternativer

I mange tilfeller vil det være flere aktuelle behandlingsalternativer eller alternative omsorgstilbud som vil innebære forskjellige kombinasjoner av effekt, risiko og bivirkninger. For eksempel vil pasientens subjektive vurdering ha stor betydning i behandlingsvalg som kan ha usikker effekt eller alvorlige bivirkninger.

Ett eksempel er prostatakreft som kan ha et dramatisk, aggressivt forløp hos noen, mens den hos andre kan være ubehandlet uten å gi kliniske symptomer. Det finnes ikke pålitelige metoder for å si sikkert hvem som har nytte av behandling og hvem som har like gode leveutsikter uten behandling. Flere av behandlingsformene kan gi alvorlige bivirkninger som urinlekkasje, ereksjonssvikt og problemer med å kontrollere avføringen. Alternativet kan være å avvete behandling og følge utviklingen gjennom hyppige kontroller. I slike tilfeller må nytten av behandlingen vurderes opp mot risiko for bivirkninger. Pasientens egne vurderinger bør i slike tilfeller ha avgjørende betydning for valg av alternativ.

Et annet eksempel er valget mellom å avvete spontan fødsel eller å sette i gang fødselen ved overtidig svangerskap. Det er statistisk relativt liten forskjell i risiko på å sette i gang fødsel få dager etter termin eller å avvete spontan fødsel i ytterligere noen dager, men det er store forskjeller blant gravide på hvor belastende de opplever at det er å gå over tiden. I denne situasjonen bør kvinnes preferanser veie tungt.

Beslutningsstøtteverktøy for pasienter og brukere

Både i Norge og i land som USA, Canada og Storbritannia, er det utviklet beslutningsstøtteverktøy som skal sette pasienter og brukere i stand til å delta aktivt i beslutninger i eget behandlingsopplegg. Verktøyene skal gi kunnskapsbasert og pedagogisk utformet informasjon om helsetilstand og om ulike alternativer for behandling og oppfølging. Verktøyene er tilgjengelige på internett og som brosjyrer og DVD'er som deles ut av leger og andre behandlere. For eksempel er det utviklet interaktivt verktøy for å hjelpe pasienter med Alzheimer til å velge om de skal bruke medisiner eller andre metoder for å bedre hukommel-

sen. Beslutningsstøtteverktøyet er bygget opp slik at brukeren først får informasjon om de ulike alternativene, og om fordeler, ulemper og eventuelle bivirkninger av behandling. Brukeren blir så spurt om egne preferanser, for eksempel i hvor stor grad han eller hun synes det akseptabelt å ta medisiner hver dag og å leve med bivirkninger. Til slutt hjelper verktøyet brukeren med å treffe en beslutning som grunnlag for dialog med egen behandler.

Det finnes god dokumentasjon på at bruk av beslutningsstøtteverktøy gir mer realistiske forventninger, bedre samsvar mellom pasientenes verdier og de valg som blir gjort, mer aktive pasienter og at de reduserer overforbruk av kirurgiske inngrep. I budsjettframlegget for 2013 er det, i sammenheng med nasjonal kreftplan, foreslått bevilget midler til utvikling av beslutningsstøtteverktøy for kreftpasienter.

Helse- og omsorgspersonell har plikt til å tilpasse informasjon etter pasient og brukeres forutsetninger. Beslutningsstøtteverktøy kan bidra til å styrke pasient og bruker i kommunikasjonen med personellet. Hvis verktøyene blir gjort tilgjengelig og innrettet mot personer som har lite forkunnskaper om helse og sykdom kan de bidra til å redusere sosial ulikhet. Utvikling av tilpassede verktøy kan også være et virkemiddel for å støtte personer med kognitive funksjonsnedsettelse til å fatte beslutninger om egen helse.

Forsøk på å implementere aktiv medbestemmelse kan møte motstand, både fra pasienter som er vant til at helsepersonell tar avgjørelser og synes det er utrygt å få en mer aktiv rolle, og fra behandlere som er usikre på rollen og bekymret for at prosessen skal være for tidkrevende. Aktiv medbestemmelse må oppleves som et tilbud og ikke en forpliktelse. Mange pasienter og brukere vil være i en situasjon hvor det er krevende eller umulig for dem å delta i en beslutningsprosess. Forskning har imidlertid vist at pasienter og brukere som til å begynne med er nølende til å delta i beslutningsprosessen ofte endrer mening når valgmulighetene er lagt fram for dem.

4.4 Et mer koordinert tjenestetilbud

Pasienter og brukere som har behov for tjenester fra flere forskjellige tjenesteytere eller som skal igjennom et omfattende utrednings- og behandlingsforløp, vil ha stort behov for at tilbudet framstår helhetlig og sammenhengende. Et sammenhengende, oversiktlig og forutsigbart tjenestetil-

bud vil også gjøre det enklere for pasienter og brukere å ta en mer aktiv rolle.

Spesialisthelsetjenesteloven stiller krav om at det oppnevnes koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Tilsvarende stiller helse- og omsorgstjenesteloven krav om at kommunen skal utarbeide individuell plan og tilby en koordinator til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

For å bedre koordineringen av tilbudet til kreftpasienter, har Kreftforeningen gitt tilskudd til opprettelse av kreftkoordinatorstillinger i kommunene, og enkelte helseforetak som Helse Bergen og Stavanger universitetssykehus har opprettet koordinatorstillinger i sykehus. Fra andre land rapporteres det om gode erfaringer med at helsepersonell eller andre tjenesteytere får slikt koordineringsansvar. Helseforetak og kommuner bør vurdere om slike koordineringsfunksjoner kan opprettes også for andre pasientgrupper.

Helseforetakene bør vurdere å etablere standardiserte planer for pasientgrupper som skal

Boks 4.4 Brosjyren 10 råd for pasientsikkerhet

Brosjyren 10 råd for pasientsikkerhet er utgitt av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

I tillegg til norsk (bokmål og nynorsk) og nordsamisk, er brosjyren utgitt på arabisk, engelsk, fransk, polsk, somalisk, spansk, tyrisk og urdu.

1. Informer om deg selv!

- Om medisiner du tar
- Om alternativ behandling
- Om annet du gjør for å bedre din egen helse

2. Spør til du forstår!

- Når du er bekymret eller lurer på noe
- Hvis du er usikker på om du har forstått helsepersonellet
- Noter informasjon du får og spørsmål du vil stille

3. Sjekk at du er deg!

- Vær sikker på at behandlingen er tiltenkt deg
- Pass på at identiteten din blir sjekket ved prøver og undersøkelser

4. Sjekk medisinen!

- Er den din?
- Hvorfor skal du ta den?
- Hvordan virker den?
- Er det rett dose?

5. Pårørende kan hjelpe deg!

- Med å huske detaljer
- Med å tale din sak når du selv ikke har krefter

6. Få kunnskap om hva som feiler deg!

- Lær om diagnosen
- Spør om undersøkelser og behandling
- Be legen tegne med spritpenn på deg hvis du skal opereres

7. Si fra om smerter eller plager!

- Gjenta det om nødvendig
- Be eventuelt om å få det nedteget i rapport/journal

8. Hva skjer etter sykehusoppholdet?

- Hvilke smerter og plager kan oppstå?
- Skal du gjøre noe med kostholdet?
- Hvor aktiv kan du være?

9. Ved akutt behov for helsehjelp:

- Hvem skal du kontakte?
- Hva vil de trenge av informasjon?

10. Still spørsmål om kvalitet!

- Hvem er ansvarlig for deg?
- Hvilken erfaring har de med din sykdom?
- Spør hvem som skal operere deg og skriv det ned

Figur 4.2

gjennom utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Ved å lage skriftlige planer med antatte tidspunkter for utredning og behandling kan situasjonen gjøres mer forutsigbar for pasientene. Utrednings- og behandlingsplanen vil også bidra til bedre planlegging og utnyttelse av ressursene i tjenesten. Innføring av slike planer vil ikke innebære nye juridiske rettigheter, men være nyttig arbeidsredskap både for pasient og behandler.

4.5 Egenomsorg og mestring

En ny og styrket pasient- og brukerrolle innebærer at befolkningen settes i stand til å ta større ansvar for egen helse, behandling og omsorg. Forutsetningene er at den enkelte har kunnskap om de viktigste årsaker til sykdom og funksjonssvikt og om faktorer som påvirker egen helse, kan

behandle enkle tilstander selv, vet når det er riktig å be om råd eller oppsøke profesjonell hjelp og har kunnskap om hvilket helsetilbud som er relevant. Det er også avgjørende at pasienter og brukere oppfordres til å sette egne mål for helse og helseadferd, og ikke bare er passive mottakere av andres råd og anbefalinger.

For mennesker med kroniske lidelser og nedsett funksjonsevne er det spesielt viktig å få støtte til mestring og egenomsorg og til å kunne klare seg selv i egen bolig og til å leve et aktivt liv. Målet for den enkelte pasient og bruker vil som regel være å opprettholde eller bedre funksjonsnivå og livskvalitet, ikke helbredelse. Behandleren vil ha en rolle som partner og pedagog, og den tradisjonelle konsultasjonsmodellen er ofte uegnet. For at mennesker med kroniske lidelser skal kunne ta en mer aktiv rolle i egen behandling og omsorg, må det satses betydelig på pasient- og brukeropp-

Boks 4.5 Connect - elektronisk samhandlingsløsning med pasienten i sentrum

Connect er utviklet av Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning ved Oslo universitetssykehus. Verktøyet skal gi pasienter og helsepersonell bedre oversikt over utviklingen av symptomer og problemer, og skreddersydd, kvalitetssikret informasjon og oppfølging.

Connect inneholder funksjoner som pasienten kan bruke for å registrere egne plager, kommunisere med helsepersonell, føre dagbok og delta i diskusjonsforum. Pasienten kan bruke verktøyet til å dele erfaringer med andre pasienter i samme situasjon, og kan kommunisere med helsepersonell og få svar på spørsmål uten at de fysisk må oppsøke tjenesten. I tillegg inneholder Connect tips og råd og lenker til annen relevant informasjon. Helsepersonell kan bruke verktøyet til å koordinere tjenester rundt pasienten. Verktøyet understøtter samarbeid i tverrfaglig team og er et redskap for å samarbeide og koor-

dinere tjenester på tvers av tjenestenivå og over kommunegrensene.

Den tekniske plattformen er tilrettelagt for integrasjon mot andre informasjons-, portal- og journalløsninger. Plattformen kan lett tilpasse ulike brukergrupper og skreddersys til individuelle behov på tvers av diagnoser og dataferdigheter.

Senter for pasientmedvirkning og samhandlingsforskning forsker på pasientmedvirkning og støttende teknologi og metoder. Senteret utvikler, implementerer og tester elektroniske løsninger som kan bidra til å styrke pasienters kompetanse, inkludere pasientens perspektiv i behandlingen og bedre kommunikasjonen og samhandlingen mellom pasient og helsepersonell. Se nærmere omtale på:

<http://www.communicaretools.org/>



Figur 4.3 Connect pasientstøtteverktøy

læring. Egnede verktøy tilpasset ulike pasient- og brukergrupper må videreutvikles.

Det finnes mange eksempler, også fra andre land, på at pasienter og brukere med kroniske lidelser og nedsatt funksjonsevne kan være aktive deltakere i egen behandling ved hjelp av elektroniske hjelpemidler og internettbaserte programmer. Pasienter kan for eksempel selv registrere symptomer eller funksjonssvikt, måle effekt av behandling og sende resultatet til den som har ansvar for behandlingen. Telemedisinske løsninger i hjemmet kan redusere behovet for opphold i sykehus eller sykehjem.

God tilgang til kvalitetssikret helseinformasjon, pasient- og brukeropplæringstiltak og løsninger for elektronisk kommunikasjon og telemedisin kan imidlertid ikke erstatte den personlige kommunikasjon mellom pasient og behandler.

Lærings- og mestringssentre har primært vært utviklet i sykehusene og har hatt som formål å fremme likemannsarbeid og mestring hos pasienter med kroniske sykdommer. Et lærings- og mestringssenter er en tilgjengelig møteplass for personer med kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, familie, venner og fagpersonell. I tillegg til å være en tilgjengelig møteplass, driver lærings- og mestringssentre opplæring av pasienter og pårørende. Det er av avgjørende betydning at dette tilbudet er ledelsesforankret, og det er enkelte steder behov for en gjennomgang og kvalitetssikring. Som en del av samhandlingsreformen, er det utviklet lokale løsninger hvor kommuner og helseforetak samarbeider om lærings- og mestringstilbud i kommunene. Lærings- og mestringstilbud i kommunene er gode tilbud for tidlig intervensjon mot sykdomsutvikling, en bredere tilnærming til mestring av sykdom eller funksjonssvikt, og for å sikre at brukere over tid og gjennom tettere oppfølging i nærmiljøet får mulighet til å tilegne seg verktøy for å håndtere hverdagen på en bedre måte.

4.6 Pårørendes rolle

Pårørende er en uvurderlig ressurs som kan bidra med støtte og motivasjon. Det er den pårørende som er tilstede når noe skjer, enten det handler om kortvarige episoder eller langvarig sykdom. Pårørende kjenner pasientens eller brukerens bakgrunn, ressurser, symptomer og sykdomsforløp og erfaringer fra tidligere behandling eller tiltak. Dette er bakgrunnen for at pårørende har fått en særstilling i helseretten. Selv om pårørende ofte vil ha en viktig rolle, er det likevel nødvendig

å understreke at pasienten må samtykke i at de involveres. Pasient og brukers interesser vil ikke alltid være sammenfallende med pårørendes interesser og reglene om taushetsplikt gir noen rammer for pårørendes rett til innsyn.

Pårørende vil ofte ha en rolle som talsperson for pasient og bruker, og vil i noen tilfeller fungere som koordinator, selv om det offentlige skal ivareta denne funksjonen. Pårørende vil også i en del situasjoner ha en formell rolle når det gjelder bruk av tvang for personer som ikke er myndige.

En del pårørende opplever at de ikke involveres i støttearbeidet rundt pasienten eller at samarbeidet med hjelpeapparatet er belastende. Dette kan skyldes uoppmerksomhet eller manglende forståelse for pårørendes betydning, en uheldig tolkning av taushetsplikten eller at pasienten gir uttrykk for at pårørende ikke er ønsket. Likestillings- og ikke-diskriminering skal legges til grunn ved involvering av pårørende, for eksempel involvere far og mor på like vilkår og være oppmerksom på at noen pasienter har to foreldre eller ektefelle av samme kjønn.

Det å være pårørende kan være så belastende at de selv får behov for hjelp. Erfaring viser at familien og pårørende til personer med demens opplever høyere livskvalitet når de får kunnskap om og veiledning i å håndtere sykdommen. Det er utviklet pårørendeskoler for å gi støtte, veiledning og kunnskap til pårørende til personer med demens. Våren 2012 ble det åpnet en nettside for pårørende til personer med psykiske lidelser og rusproblemer på nettportalen helsenorge.no. Helsepersonell har fått en lovpålagt oppgave å ivareta behovet for informasjon og oppfølging til barn som er pårørende, og spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha barneansvarlig personell for barn som pårørende.

Det er behov for mer kunnskap og kompetanse om involvering av pårørende. På oppdrag fra HelseDirektoratet har pårørendesenteret i Stavanger utarbeidet et nettbasert opplæringsprogram for ledere og ansatte for å fremme bedre involvering av pårørende i hele helse- og omsorgstjenesten. HelseDirektoratets veileder Pårørende en ressurs – om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester fra 2008 skal stimulere til at virksomhetene etablerer gode rutiner som sikrer at pårørendes rettigheter, ønsker og behov ivaretas. Veilederen skal utvides til å omfatte personer med rusproblemer.

Veilederen har et kapittel om taushetsplikt og en mal for samtykkeerklæring som tjenestene kan benytte ved behandlingsoppstart. I praksis avtaler ofte behandlingsinstitusjonen med pasienten hva

Boks 4.6 Opplæringsprogram for å involvere pårørende

Pårørendesenteret i Stavanger har utviklet et landsdekkende e-basert opplæringsprogram om involvering av pårørende. Programmet er beregnet på ledere og ansatte i tjenesten. Det består av eksempler som illustrerer pårørendes møte med tjenesten, fagfilmer og forslag til gruppeoppgaver. Fagfilmene er laget av praktikere og forskere.

Intensjonen med programmet er å sette involvering av pårørende på dagsorden og stimulere til refleksjon rundt egen praksis. Programmet skal bidra til å utvikle gode rutiner som er tilpasset den enkelte avdeling. Det handler om å legge til rette for utveksling av informasjon, medvirkning, veiledning, opplæring og støtte til pårørende. Barne- og familieperspektivet og positive effekter av å inkludere pårørende står sentralt. Universitetet i Stavanger har etablert forskningsprosjekt for å studere om opplæringsprogrammet bidrar til endring i tjenestens samarbeid med pårørende.

Programmet er tilgjengelig på: www.paarørendeprogrammet.no

slags informasjon de pårørende skal få. Dette journalføres eller det inngås en samtykkeerklæring. Helsedirektoratet har under utarbeidelse en veileder for pårørende om taushetsplikt.

Se nærmere omtale av pårørendes rolle i tilsynssaker i kapittel 5 Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet.

4.7 God kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere peker på informasjon og kommunikasjon som viktige forbedringsområder. Dette gjenspeiles også i henvendelser til pasient- og brukerombudene og i tilsynssaker.

God kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell bidrar også til bedre resultater av behandlingen og bedre helse for pasienten. God kommunikasjon skaper tillit, økt forståelse og motiverer pasienter til å gjennomføre behandling. God kommunikasjon er også av avgjørende betydning for å unngå uønskede hendelser og feil.

Boks 4.7 Opplæring av leger i kommunikasjon ved Akershus universitetssykehus

Helsetjenesteforskningsmiljøet ved Akershus universitetssykehus har i en årrekke forsket på klinisk kommunikasjon i sykehus. Resultatene har inspirert sykehuset til å satse på forbedringsarbeid inkludert systematisk kursing og veiledning av legene.

Studiene ved Akershus universitetssykehus har vist at legene i liten grad får tilbakemelding fra pasientene. De er ikke godt informert om pasientens tilfredshet etter møte med legen, og det er dårlig samsvar mellom legenes oppfatning av egen kommunikasjonskvalitet og observerte ferdigheter. Det er påvist et stort forbedringspotensial, og også at det er mulig å bedre legenes kommunikasjon gjennom et 20 timer langt kurs.

God kommunikasjon kan læres, og opplæring i kommunikasjon skal være en del av alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Minst like viktig er det med systematisk veiledning og oppfølging etter avsluttet utdanning. På dette området bør det gjøres en større innsats.

Kommunikasjon er alltid toveis. Pasienter og brukere må derfor få hjelp til å nyttiggjøre seg helseinformasjon slik at de kan være mer likeverdige partnere i dialog med helsepersonell og andre tjenesteytere.

4.8 Brukererfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring, forskning og innovasjon

En brukerorientert helse- og omsorgstjeneste er innrettet slik at den kan svare på pasienters, brukeres og pårørendes ønsker og behov. Det er derfor nødvendig å ha et system for å håndtere tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende og bruke disse til kvalitetsforbedring. Det er et lovkrav at virksomheter som leverer helse- og omsorgstjenester, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, skal ha et system for å innhente og bruke pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter. Nasjonalt gjennomføres det pasienterfaringsundersøkelser i spesialisthelsetjenesten i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. KS og Kommuneforlaget gjennomfører bruker- og medarbeiderundersøkelser i regi av www.bedre

Boks 4.8 Sisom – Si det som det er! – et interaktivt program for barn



Figur 4.4

Sisom er utviklet av Senter for pasientmedvirkning ved Oslo universitetssykehus. Det er et interaktivt program for barn. Det kan være vanskelig for barn å formidle hvordan det er å være syk. Programmet skal hjelpe dem til å sette ord på hvordan de har det.

Programmet har lyd, bilder og animasjoner. Sammen med en selvvalgt hovedfigur reiser barnet på en elektronisk oppdagelsesreise fra øy til øy. Hver øy representerer et område barnet kan ha problemer med, for eksempel noe barnet er redd for, hvor det gjør vondt, fysiske plager eller vanskelige følelser, men også hva som går greit. Temaene er visualisert. Når barnet er ferdig, lager programmet en rapport som kan brukes som utgangspunkt for samtale med sykepleier eller lege. Det er også utviklet internettbaserte løsninger for ungdom og for foreldre. Se nærmere omtale på: <http://www.communicaretools.org/>

kommune.no. Mer enn 300 kommuner deltar. Pasient- og brukererfaringsundersøkelser bør videreutvikles som verktøy så de bedre kan måle om tjenesten faktisk er brukerorientert. Resultatene må også brukes aktivt i virksomhetenes forbedringsarbeid.

Kommunene har egne råd for personer med funksjonsnedsettelse og eldre som skal bidra til å innhente viktige brukererfaringer. Brukererfaringene skal benyttes i kommunenes videre arbeid med å utvikle egne tjenester.

Pasientenes tilbakemeldinger kan også brukes til å måle effekten av behandling. Pasientrapporterte effektmål er standardiserte, validerte verktøy for å måle pasientenes opplevelse av helsetilstand, funksjonsevne og livskvalitet og gir vik-

tig informasjon om hvordan sykdom og behandling påvirker pasientenes liv. Pasientrapporterte effektmål er derfor et viktig supplement til kliniske kvalitetsindikatorer.

Faglige retningslinjer har tradisjonelt støttet seg på medisinske kunnskapsoppsummeringer, og har i liten grad tatt hensyn til at brukere kan ha ulike preferanser. Ideelt sett burde alle retningslinjer inneholde oppsummert kunnskap om brukerpreferanser. Brukerperspektivet bør trekkes inn i alt arbeid med å utvikle retningslinjer. Retningslinjene bør aktivt oppfordre pasienter og behandlere til å legge pasientens preferanser til grunn for endelige beslutninger og valg.

Brukermedvirkning har i mange tilfeller vært begrenset til rekruttering av forsøkspersoner til klinisk forskning. Når brukere inkluderes i hele forskningsprosessen, vil forskningen i større grad reflektere brukerens behov og synspunkter, og med større sikkerhet gi ny kunnskap som kan komme til nytte i helse- og omsorgstjenesten. Det er behov for å legge til rette for økt brukermedvirkning i alle ledd i forskningsprosessen.

Behovsdrevet innovasjon handler om å kartlegge og forstå brukerens behov og bruke kunnskapen som grunnlag for utvikling av nye produkter, tjenester og organisasjonsformer. Når brukeren blir involvert i hele forløpet, øker sannsynligheten for å utvikle produkter, tjenester og organisasjonsformer som svarer til brukernes reelle behov. Tilbakemeldingene fra brukerne kan danne grunnlag for å identifisere utviklingsbehov og brukes systematisk i innovasjonsarbeidet.

Formell brukerrepresentasjon har vært et viktig skritt for å oppnå målet om mer brukerorientering. For å sikre at brukerne får reell innflytelse kreves imidlertid en kulturendring. Forutsetninger for å få dette til er visjonært lederskap, forankring av prinsippene for brukerorientering i alle ledd, oppfølging av resultater og aktiv involvering av pasienter og pårørende i alle plan- og endringsprosesser.

Brukere bør tas inn i råd og utvalg slik at de sikres reell innflytelse. Alternativer til egne brukerråd kan være å ta brukerrepresentanter inn i fag- og kvalitetsutvalg eller inn i ledelsesfora. Det viktigste er imidlertid å engasjere brukere i å utvikle de tjenestene de selv har synspunkter på og erfaring med.

Mange helse- og omsorgsinstitusjoner har gjennomført eller planlegger kvalitetsforbedringsprosjekter der formålet er å utvikle tjenestene og eventuelt redusere unødig ressursbruk. I en brukerorientert tjeneste er det av avgjørende betydning at slike kvalitetsforbedringsprosjekter har

som mål å skape merverdi for brukere. Dette innebærer at brukere med relevant erfaring må trekkes inn for eksempel i arbeidet med gode og effektive pasientforløp. På samme måte må brukere trekkes inn i utvikling og vurdering av forsknings- innovasjons- og utviklingsprosjekter for å sikre at disse skaper merverdi for dem som tjenestene er innrettet mot.

Pasient- og brukerorganisasjoner spiller en viktig rolle i utviklingen av tjenestene, og kan bidra til kvalitetsutvikling og brukerorientering i større grad enn i dag. Dette kan for eksempel skje ved at organisasjonene deltar i utvikling av verktøy for pasient- og brukeropplæring og beslutningsstøtteverktøy for aktiv medbestemmelse, og ved at de inviteres til å foreslå kvalitetsindikatorer, inkludert pasientrapporterte effektmål.

Boks 4.9 En mer aktiv pasient- og brukerrolle

Regjeringen vil:

- Videreutvikle nettstedet helsenorge.no slik at informasjon om forhold som påvirker helse og sykdom, tilgjengelige behandlings- og omsorgstilbud, kvalitet på tilbudene og pasient- og brukerrettigheter blir lettere tilgjengelig, jf. stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.
- Utvikle selvbetjeningsløsninger i regi av helsenorge.no som gjør det enklere for pasienter og brukere å bestille eller endre timeavtaler, få tilgang til egne helseopplysninger og komme i kontakt med helsepersonell, jf. stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.
- Legge fram et forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven for å styrke pasientenes rettigheter.
- Foreslå endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker, se kapittel 5.
- Sørg for at brukerperspektivet får en sentral plass i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere.
- Utvikle og implementere beslutningsstøtteverktøy for å hjelpe pasienter og brukere til aktiv medbestemmelse.
- Videreutvikle og implementere tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom pasienter og brukere og helse- og omsorgspersonell.
- Videreutvikle brukererfaringsundersøkelsene og utvikle flere pasient- og brukerrapporterte effektmål.
- Samarbeide med pasient- og brukerorganisasjonene for å styrke pasient- og brukeropplæringstilbudene.
- Stimulere til økt brukermedvirkning i forskning og innovasjon.

Kapittel

5

Figur 5.1

5 Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet

Regjeringen har som mål å etablere strukturer som støtter kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Det handler om hvordan organisering av arbeid, gjeldende regelverk, finansiering av helse- og omsorgstjenester, og andre styringsmekanismer kan bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Kvalitet og pasientsikkerhet skal i enda større grad settes på dagsorden i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og gjennom partnerskap med KS. Det skal settes i verk et nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende på høring forslag til felles forskrift for internkontroll, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virkemidlene og tiltakene som kan støtte kommunene i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet skal gjennomgås og systematiseres. Helse- og omsorgsdepartementet vil sende på høring forslag om endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker. Utrykningsgruppen for særlig alvorlige hendelser i Statens helsetilsyn vil bli omgjort til en permanent undersøkelsesenhet med mer tverrfaglighet og sterkere oppfølging av pårørende. Det skal gjennomføres en bred utredning om hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten.

5.1 Status og utfordringer

I de siste årene er det gjennomført en rekke tiltak for å styrke kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på nasjonalt nivå. Helse- og omsorgstjenestens ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid har fått en sterkere forankring i regelverket gjennom helse- og omsorgstjenesteloven for kommunene og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Helsedirektoratet har fått et lovfestet ansvar for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og for å utgi nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Det er opprettet en avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og Kunnskapssen-

teret har fått ansvar for å forvalte meldeordningen for uønskede hendelser. Det er etablert en utrykningsgruppe for alvorlige hendelser i Helsetilsynet. Kvalitet og pasientsikkerhet har fått en større plass i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og i dialog og avtaler med KS.

Helse- og omsorgstjenesten er uensartet og organisert på forskjellige måter, og virkemiddelbruken må ta hensyn til dette. Det statlige eierskapet i spesialisthelsetjenesten innebærer at Helse- og omsorgsdepartementet har styringsrett overfor helseforetakene innenfor de rammene som lov om helseforetak setter for eierstyring. De kommunale helse- og omsorgstjenestene er lokaldemokratisk styrt, og er i de fleste tilfellene småskala virksomheter bestående av mange ulike tjenester. En god del av tjenesteytingen i den kommunale tjenesten utføres av private aktører. I tillegg er det mange private aktører som ikke har avtale med det offentlige.

I mange kommuner er ikke arbeidet som utføres av fastlegene og private fysioterapeuter godt nok samordnet med kommunens øvrige helse- og omsorgstjenester. Det har ført til manglende eierskap til planer og tiltak fordi slike tjenesteytere ikke naturlig trekkes inn i kommunenes planarbeid.

5.2 Organisering og styring

5.2.1 Organisering av kvalitetsarbeidet på nasjonalt nivå

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. På nasjonalt nivå har Helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens helsetilsyn, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Statens legemiddelverk viktige oppgaver relatert til kvalitet og pasientsikkerhet. De siste årene har særlig Kunnskapssenteret fått en gradvis økende oppgaveportefølje på området.

Oppgavene på nasjonalt nivå omfatter faglig normering og veiledning, utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, overvåking av helsetilstanden og forebygging, tilsyn med utøvelsen av

helse- og omsorgstjenester, og godkjenning av og tilsyn med legemidler.

Universiteter, høyskoler og ulike utviklings- og kompetansesentre har også viktige oppgaver i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Disse er nærmere omtalt i kapittel 6 Kvalitetsforbedring i tjenesten og i kapittel 9 Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet skal bidra til å gjennomføre nasjonal helse- og omsorgspolitik, forvalte regelverket og gi faglige råd til sentrale myndigheter, kommuner, helseforetak og frivillige organisasjoner. Som faglig rådgiver har direktoratet ansvar for å følge med på forhold som påvirker folkehelsen og utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratet skal sammenstille kunnskap og erfaring i faglige spørsmål og kan opptre som nasjonalt normerende. Direktoratet har et lovpålagt ansvar for å utvikle og utgi nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og nasjonale kvalitetsindikatorer.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal bidra til å sette beslutningstakere på alle nivåer i helse- og omsorgssektoren bedre i stand til å fatte kunnskapsbaserte beslutninger. Kunnskapssenteret utarbeider systematiske oversikter og metodevurderinger om effekt og sikkerhet av tiltak i helsetjenesten, og støtter utvikling av faglige retningslinjer og fagprosedyrer og innføring av system for vurdering av nye metoder.

Kunnskapssenteret har ansvar for gjennomføring av de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene, registrering og behandling av meldinger om uønskede hendelser etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3, og er sekretariat for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Kunnskapssenteret har etablert en egen enhet for pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret har også ansvaret for Helsebiblioteket.no som er et nettsted som gir helsepersonell og studenter innen medisin og helsefag gratis tilgang til sentrale kunnskapskilder.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

Norsk pasientskadeerstatning behandler erstatningskrav og beregner erstatningsbeløp, informerer pasienter, helsepersonell og publikum om ordningen og bidrar til helsesektorens eget skadeforbyggende arbeid. Norsk pasientskadeerstatning

publiserer egne rapporter for både offentlig og privat sektor, som inneholder statistikk over behandlede saker.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH)

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, som er underlagt Helsedirektoratet, har ansvar for tildeling av autorisasjon og lisens og administrering av turnustjeneste etter helsepersonelloven.

Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn er øverste tilsynsmyndighet og har det overordnede faglige tilsynet med helse- og omsorgstjenesten, sosialtjenestene og barnevernet, og alt helsepersonell. Tilsynsmyndighetene skal følge med på hvordan virksomhetene og helsepersonellet utøver virksomheten sin, og gripe inn overfor virksomheter og helsepersonell som utøver virksomheten i strid med lovgivningen.

Fylkesmannen

Fylkesmannen er statens representant i fylket og har ansvar for å følge opp vedtak, mål og retningslinjer fra Stortinget og regjeringen. Fylkesmannen utfører forvaltningsoppgaver og står for det meste av det praktiske tilsynet og klagebehandlingen i fylket.

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Nasjonalt folkehelseinstitutt skal ha oversikt over helsetilstanden i befolkningen, og skal formidle kunnskap og gi råd om tiltak for å fremme helse og forebygge sykdom og skade. Instituttet arbeider med rettsmedisin, fysisk og psykisk helse, vern mot smittsomme sykdommer og forebygging av skadelige påvirkninger fra miljøet. Instituttet har ansvar for ti sentrale helseregistre, blant annet overvåkingssystemet for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS) og det nyopprettede Hjerte-karregisteret. Instituttet er sekretariat for Nasjonalt helseregisterprosjekt.

Statens legemiddelverk

Statens legemiddelverk er nasjonal fagmyndighet for legemidler. Legemiddelverket har ansvar for vurdering av kvalitet, sikkerhet og effekt ved godkjenning av legemidler som kan selges på det norske markedet. Det har også ansvar for godkjenning av legemiddelutprøvinger, kvalitetskontroll og bivirkningsovervåking av legemidler. Legemid-

delverket har ansvar for tilsyn med alle aktørene i legemiddelforsyningskjeden (tilvirkere, importører, grossister og apotek). Legemiddelverket har siden 2008 hatt en egen informasjonsenhet som har som oppgave å styrke informasjonen om trygg medisinsk og riktig økonomisk forskrivning. Legemiddelverket informerer om nye legemidler og ny kunnskap, for eksempel bivirkninger. En sentral oppgave for enheten er å utvikle og drive et elektronisk forskrivningsstøttesystem som gir oppdaterte faktaopplysninger om legemidler og refusjonsstatus. Systemet er en integrert del av løsningen med elektronisk resept.

Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudene arbeider for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor helsetjenesten og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i tjenestene. Ombudet gir råd, veiledning og informasjon om pasienters, brukere og pårørendes rettigheter.

5.2.2 Årlig rapportering om kvalitet og pasientsikkerhet

Status og arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet formidles til Stortinget gjennom den årlige budsjettproposisjonen for Helse- og omsorgsdepartementet. Kvalitet og pasientsikkerhet er tema i omtalen av Helsedirektoratet, Helsetilsynet og fylkesmannsembetene, Norsk pasientskadeerstatning, Pasientskadenemnda, Statens autorisasjonskontor, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og Pasient- og brukerombudet. I tillegg inngår kvalitet og pasientsikkerhet i budsjettomtalen av spesialisthelsetjenesten, helse- og omsorgstjenesten i kommunene, tannhelsetjenesten og legemiddelområdet.

Tilsynsmeldingene fra Helsetilsynet, årsrapportene fra pasient- og brukerombudene, og årlig melding fra de regionale helseforetakene er viktige kilder til informasjon om status i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Nasjonale kvalitetsindikatorer, meldeordningen for uønskede hendelser, og undersøkelser som gjennomføres i regi av pasientsikkerhetskampanjen er andre viktige kilder til informasjon.

Helse- og omsorgsdepartementet vil som en oppfølging av stortingsmeldingen, ta i bruk dette materialet på en mer systematisk måte i arbeidet med budsjettproposisjonen. I tillegg kan det være aktuelt å vurdere om kvalitet og pasientsikkerhet skal få en større plass i etatenes rapportering og i enkelte av årsrapportene.

5.2.3 Organisering og styring av kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet styrer de regionale helseforetakene gjennom lov, vedtekter, foretaksmøte og oppdragsdokument. Eierstyringen av de regionale helseforetakene skjer gjennom oppnevning av styremedlemmer, fastsetting av vedtekter og enkeltstående vedtak i foretaksmøtet, som er de regionale helseforetakenes øverste organ. Oppdragsdokumentet gir det helsepolitiske oppdraget og er et viktig instrument for å fremme en styrt utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Styringen av helseforetakene på kvalitet skal være like tydelig som styringen på økonomi. I oppdragsdokumentene er det i de senere årene stilt stadig flere krav til kvalitet og pasientsikkerhet, og i 2012 kom det flere nye styringsindikatorer på dette området. I foretaksmøtene har det vært oppmerksomhet på internkontroll, risikostyring og systematisk oppfølging av tilsyn. Denne dreiningen mot innholdet i tjenesten er et uttrykk for at regjeringen ønsker å styre sykehusene sterkere på kvaliteten på tilbudet.

Helse- og omsorgsdepartementet følger opp kravene i oppdragsdokument og foretaksprotokollen gjennom de regionale helseforetakenes årlige melding til departementet, mens styringsparametrene følges opp tertialvis og månedlig. Den intensive oppfølgingen av styringsparametrene om kvalitet og ventetider signaliserer den helsepolitiske betydningen av disse.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg

I dag er det et krav at helseinstitusjoner som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven skal opprette kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg som del av internkontrollen og det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Kvalitetsutvalgene har vært et sentralt bindeledd mellom Helsetilsynet og virksomheten vedrørende den tidligere meldeplikten til Helsetilsynet om pasientskader.

Dagens retningslinjer for kvalitetsutvalgenes oppgaver, funksjon og sammensetning ble utgitt av Statens helsetilsyn i 1994. Det er behov for en revidering av retningslinjene. Revideringen må ta høyde for endringer i regelverk, organisering av spesialisthelsetjenesten og generell faglig utvikling innen kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.

Det er de kliniske enhetene som må være ansvarlig for planlegging og implementering av

Boks 5.1 Etikkarbeid er kvalitetsarbeid

I moderne medisin står helsepersonell daglig overfor en rekke etiske dilemma der lovverk og faglige føringer ikke kan gi klare svar. Det handler for eksempel om når er det riktig å avslutte behandling i livets slutt. Hva som er riktig mengde og tidspunkt for informasjon. Hvor langt pårørendes rett til å påvirke behandlingen skal gå. Hva som skal defineres som tvang i behandling og omsorg hos demente og alvorlig deprimerte.

Klinisk etikkarbeid forankret i praksis handler om å gjøre helsepersonell i stand til å balansere verdier som er viktige for pasienten, faget og samfunnet. Det handler om å gjøre valgene åpne og bevisste, det vil si om å gi beslutningene et språk.

Kliniske etikkomiteer og refleksjonsgrupper er et virkemiddel som skal styrke helsepersonells evne til å reflektere over og leve med

etiske dilemma. Komiteene er møteplasser der helsepersonell kan stoppe opp og sette ord på verdikonflikter. Komiteene arrangerer seminarer for ansatte og bidrar til refleksjonsarbeid rundt konkrete spørsmål på sykehusavdelingene. På denne måten bidrar de til å heve helsepersonells bevissthet rundt verdispørsmål. Liknende etikkomiteer finnes også i helse- og omsorgstjenesten i kommunen, ofte knyttet til ett eller flere sykehjem, og på mange arbeidsplasser deltar et stort antall helse- og omsorgspersonell i etisk refleksjon.

Systematisk etikkarbeid er like viktig for ledere fordi verdispørsmål og etiske vurderinger henger nært sammen med utforming og organisering av helsetjenestene. Klinikknært etikkarbeid kan også være nyttig for ledere fordi det kan gi innsikt i områder med forbedringspotensial og behov for å endre rutiner.

forbedringsarbeidet, og de må få prosessstøtte fra kvalitetsutvalg, kvalitetsavdelinger og analyseenheter. En del helseforetak har egne kvalitetsavdelinger som kan være en viktig ressurs for det praktiske kvalitetsarbeidet i den operative tjenesten. Erfaringer fra sykehus som har lyktes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet viser at kliniske ledere har tatt en aktiv rolle i og involvert seg i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Førsteljeledere må få nødvendig opplæring i kvalitetsforbedringsarbeid.

Internrevisjon i de regionale helseforetakene

Lovgivningen stiller omfattende krav til de regionale helseforetakenes internkontroll og virksomhetsstyring. I foretaksmøte i 2005 påla Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene å støtte dette arbeidet med organisatoriske tiltak i form av opprettelse av styrets revisjonskomite og internrevisjon. Erfaringene med å organisere revisjonsarbeidet i egne, faste organer, førte til at Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått at dette skal bli en obligatorisk lovfestet del av foretaksmodellen. Prop. 120 L (2011–2012) om endringer i helseforetaksloven ble fremmet våren 2012.

Internrevisjonen foretar også revisjon i helseforetakene som det regionale helseforetaket eier. For å kunne gjennomføre dette, har internrevisjonen behov for innsyn i helseforetakenes virksom-

het. Helseforetakene er egne rettssubjekter og i utgangspunktet er det nødvendig å ha hjemmel for å kunne kreve innsyn i virksomheten deres. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor foreslått at internrevisjonen får lovfestet rett til opplysninger fra hele foretaksgruppen så langt opplysningene er nødvendige for å kunne utføre det lovpålagte revisjonsarbeidet. Det er foreslått at helsepersonell i slike tilfeller skal ha adgang til å gi pasientopplysning som er taushetsbelagte etter helsepersonelloven.

5.2.4 Planlegging og organisering av kvalitetsarbeidet i kommunene

Staten fastsetter de økonomiske rammevilkårene for kommunene, har ansvar for å sikre tilgang på nok personell med relevant kompetanse, og stiller krav til tjenestene gjennom helse- og omsorgslovgivningen. Kommunene har ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunene bestemmer selv hvordan tilbudet skal organiseres.

Gjennom samhandlingsreformen og den nye helse- og omsorgstjenesteloven og folkehelse-loven er kommunene tillagt en ny og utvidet rolle som vil kreve økt kompetanse og omstillingsevne, og styrket og systematisert samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er innført et lovfestet

krav til samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak på sentrale områder.

Kontroll med egen virksomhet

Kommunene har ansvar for å føre kontroll med egen virksomhet i tråd med internkontrollforskriften. Kommuneloven har regler om kontrollutvalg, revisjon og administrasjonssjefens internkontroll. Det overordnede kontrollansvaret er lagt til kommunestyret. I kommuneloven er det ikke formelle formkrav eller krav om innhold til internkontroll. Disse kravene finnes i de enkelte sektorlovene.

St.meld. nr. 12 (2011–2012) Stat og kommune – styring og samspel slår fast at «statleg styring som byggjer på at kommunane har ansvaret for å kontrollere si eiga verksemd, gjev god effektivitet og det beste grunnlaget for eit levande lokaldemokrati og lokalt tilpassa oppgåveløysing». Dette ansvarleggjør kommuner til å styrke sin egenkontroll. I meldingen peker regjeringen også på at aktiv bruk av folkevalgt egenkontroll og administrativ internkontroll kan redusere behovet for statlig styring og kontroll.

Avtale om kvalitetsutvikling

De senere årene er partnerskapsperspektiver i forholdet mellom stat og kommune styrket. De tradisjonelle virkemidlene for statlig styring er i noen grad erstattet av nye styringsformer som bygger på dialog og partnerskap, herunder avtaler. Dette er begrunnet i at kvalitetsutvikling i kommunesektoren best blir ivaretatt gjennom systematisk samarbeid og dialog mellom stat og kommune, og ikke gjennom detaljerte normkrav.

I 2003 ble det inngått avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene mellom regjeringen og KS. Tiltakene i avtalen er knyttet til utvikling av tjenestene, personell, kompetanse, arbeidsmiljø og ledelse, og styring, planlegging og kvalitetssikring. Målsettingene i avtalen er fulgt opp gjennom ledelsessatsingen Flink med folk i første rekke, rekrutteringssatsingen Aksjon helsefagarbeider, satsingen på etisk kompetanseheving i samarbeid med yrkesorganisasjonene og en opplæringspakke innen ledelse. Det arbeides nå med en ny avtale for perioden 2012–2015.

Regjeringen og KS har også inngått en intensjonsavtale om gjennomføring av samhandlingsreformen.

Samhandling og interkommunalt samarbeid

Framveksten av interkommunale samarbeid har vært økende de senere årene. Bakgrunnen for kommunesamarbeid er ofte ønske om mer rasjonell og kostnadseffektiv drift og mer robuste kompetansmiljøer som kan gi innbyggerne faglig bedre tjenester. Både interkommunale samarbeid og bruk av private leverandører krever bruk av andre og mindre direkte styringsvirkemidler enn i organisasjoner der alle er underlagt arbeidsgivers styringsrett. Dette kan få konsekvenser for styring og ledelse av kvalitetsarbeidet.

Mer av helse- og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene, og tjenestene skal bli mer helhetlige og samordnet. Det er behov for å utforme gode samhandlingsarenaer og mer hensiktsmessig organisering av tjenestene for å fremme disse

Boks 5.2 Organisering av kvalitetsarbeidet i Drammen kommune

Drammen kommune har siden 2006 hatt en forsknings og utviklingsenhet i pleie- og omsorgstjenesten. Fra 2011 omfatter enheten i tillegg helse- og sosialvirksomheten. Enheten er et virkemiddel for fagutvikling og økt kvalitet og ble etablert med både politisk og administrativ forankring. Enheten er organisatorisk knyttet til Drammen geriatriske kompetansesenter.

Både sykehus og kommune og Høgskolen i Buskerud er representert i forsknings- og utviklingssamarbeidet for å sikre integrert kunnskapsutvikling, utdanning og opplæring på tvers. Dette samarbeidet har resultert i fagutviklingsprosjekter innen blant annet ernæring, legemiddelhåndtering, etikk, demensomsorg, lindrende behandling og IKT.

Kommunen tilbyr også en fagskole i komnehelsetjenester som er godkjent av Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning (Nokut). Målet er å utdanne reflekterte yrkesutøvere som tar initiativ til å planlegge, organisere, iverksette og evaluere tiltak i samarbeid med andre tjenesteytere og brukere. Tema for undervisningen er relatert til klinisk praksis. Områder som gis særskilt oppmerksomhet i undervisningen er etikk, geriatri, forebygging, psykisk helsevern, lindrende behandling, brukermedvirkning, kvalitet og pasientsikkerhet.

målene. Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) definerer lokalmedisinske sentre som kommunale helsetilbud der en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter før, etter og istedenfor innleggelse i sykehus. I slike sentre kan det være samlokalisering av ulike kommunale helsetjenester som legetjenester, fysioterapi og døgntilbud. Det kan også være tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjenester (dialyse, røntgen, ulike spesialister med mer). Mange sentre er basert på interkommunale samarbeid. Det er også etablert lokalt og regionalt samarbeid med utdannings- og forskningsinstitusjonene.

Fastlegeordningen

Fastlegene er en viktig del av det offentlige helse tilbudet og helt sentrale for å nå målene i samhandlingsreformen. Ordningen skal videreutvikles for å få til bedre forebygging og mer helhetlige tjenester. Den reviderte fastlegeforskriften tydeliggjør kommunens og fastlegens ansvar og definerer noen kvalitets- og funksjonskrav til fastlegetjenestene.

Forskriften er også et verktøy for en mer brukerorientert tjeneste. Dagens pasienter stiller krav til service og tilgjengelighet, og den nye forskriften stiller kvalitets- og funksjonskrav på dette området. Forskriften skal legge noen rammer for innholdet i tjenesten for blant annet å sikre kvalitet, tilgjengelighet, likeverdige tjenester, bedre oppfølging av kronikere, bedre samarbeid mellom fastlegen og kommunenes øvrige tjenesteapparat og spesialisthelsetjenesten. Forskriften trer i kraft 1. januar 2013.

Det er behov for flere fastleger. Behovet vil avhenge av flere forhold. Blant annet vil det være avhengig av arbeidsdelingen mellom legene og andre yrkesgrupper. Det er ønskelig med økt tverrfaglighet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig at fastlegepraksisene framover organiseres på en slik måte at ulike personellgruppers kompetanse benyttes på mest mulig effektiv måte til det beste for pasientene, og at samhandlingen mellom fastlegekontorene og de øvrige kommunale tjenesteyterne er tett. Kommunene har et ansvar for å legge til rette for slik samordning og samhandling.

Det er viktig å understreke at framtidige løsninger for helsetjenesten må ivareta kommunenes organisasjonsfrihet, samtidig som tjenesten skal bidra til å sikre alle borgere gode og likeverdige tjenester. Virkemidlene i samhandlingsreformen tar hensyn til dette.

Legevakt

En faglig god og tilgjengelig øyeblikkelig hjelp tjeneste er viktig for befolkningens helse og trygghet. Det er derfor viktig å videreutvikle legevakt tjenesten. Arbeidet må ses i sammenheng med videreutvikling av fastlegeordningen. Bruk av legevakt for mindre alvorlige problemstillinger kan være uttrykk for at tilgjengeligheten hos fastlegene ikke er god nok. Tiltak som vil bidra til å styrke kompetansen i og inn mot legevakt er revisjon av akuttmedisinforskriften knyttet til kompetansekrav i legevakt, tiltak som er satt i gang for å etablere øyeblikkelig hjelp døgnplasser i kommunene, og å øke aktiviteten i fastlegeordningen. Felles legevaktnummer skal bidra til å bedre tilgjen-

Boks 5.3 Nasjonale kvalitets- og funksjonskrav til fastlegene

- Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.
- Fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk
- Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager.
- Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt.
- Fastlegen skal gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon på legekontoret eller når dette anses nødvendig for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.
- Fastlegen skal, basert på foreliggende journalinformasjon, søke å ha oversikt over innbyggere på listen der medisinsk faglig oppfølging og koordinering er nødvendig.
- Fastlegen skal ivareta en medisinsk faglig koordineringsrolle og samarbeide med andre relevante tjenesteytere om egne listeinnbyggere. Det er særlig viktig for pasienter som har behov for oppfølging fra helsetjenesten over tid, og fra flere instanser.
- Fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen for pasientene på listen.

geligheten til legevakt og sikre at pasienten når fram til kvalifisert helsehjelp uansett hvor i landet pasienten er.

Planlegging for god kvalitet

Langsiktig planlegging er avgjørende for å forankre og prioritere kvalitetsarbeidet på alle nivåer i tjenestene. Regjeringen og KS vil bidra til å styrke kommunenes ordinære planarbeid. Kvalitetsutfordringer og kvalitetsmål bør bli satt på dagsorden i kommunenes økonomi og planarbeid. KS vil bidra til at kommunene etablerer gode kvalitetssystemer og god styringsinformasjon til de folkevalgte.

For å styrke kommunens kompetanse i planlegging av helse- og omsorgstjenestene, videreføres samarbeidet mellom regjeringen og KS om nettverksbygging og etter- og videreutdanning i kommunal planlegging. Samarbeidet foregår gjennom Sekretariatet for etter- og videreutdanning i samfunnsplanlegging og KS-programmet Samplan. Som oppfølging av samhandlingsreformen er det under utvikling et eget opplæringsprogram for planlegging av tjenestene. Formålet er å styrke kompetanse i kommunal og regional planlegging.

Lokalpolitisk behandling av kvalitetskrav

Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene gir kommunene et verktøy for å stille krav til kvalitet på kommunale tjenester og tydeliggjør hva brukerne kan forvente seg av tjenesten. Ansvaret for et kvalitativt godt tjenestetilbud påhviler kommunen, og i siste instans kommunens folkevalgte ledelse.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslo i Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) at forskriftshjemmelen i lovforslagets kvalitetsbestemmelse skulle utformes slik at denne ga departementet hjemmel til å kreve politisk behandling av kvalitetskrav i kommunestyret eller annet folkevalgt organ. Stortinget sluttet seg til dette og slik forskriftshjemmel er nå tatt inn i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

Politisk forankring av kvalitetskrav vil blant annet bidra til å øke det lokale engasjementet for innholdet i helse- og omsorgstjenesten og tydeliggjøre lokale folkevalgtes ansvar for kvalitet i tjenestene. Departementet tar sikte på å sende på høring forslag til slik forskriftsregulering i løpet av våren 2013.

Tiltak og virkemidler for å støtte kommunenes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Kommunenes ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er understreket gjennom ny kommunal helse- og omsorgslov. Bestemmelsene inneholder krav om styring og ledelse og tydeliggjør virksomhetenes ansvar for kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjelder enhver som yter tjenester etter loven, det vil si både kommunens egne virksomheter og ansatte og virksomheter som kommunen har inngått avtale med. Samhandlingsreformen innebærer nye oppgaver og endringer i kommunenes arbeidsformer, og krav og forventninger fra pasienter, brukere og pårørende utfordrer forholdet mellom hva som leveres og forventningene til tjenesten. Mange kommuner vil ha behov for bistand for å utvikle et mer løpende og systematisk kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor videreutvikle og systematisere innsatsen med ulike tiltak og virkemidler som kan støtte kommunene i deres arbeid med å sikre systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Arbeidet skal skje med respekt for det kommunale selvstyret i samarbeid med KS og yrkesorganisasjonene. Elementer i arbeidet vil være å videreutvikle partnerskapet med KS gjennom kvalitetsavtalen, herunder å videreutvikle styringsdata, statistikk og kvalitetsindikator for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Andre sentrale elementer er å videreutvikle kommuneperspektivet og innsatsområdene for kommunene i nasjonalt program for pasientsikkerhet. Programmet vil være ett av flere tiltak for å bygge opp kunnskap og kompetanse om systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet hos ledere, medarbeidere, og studenter. Etablere og videreutvikle nettverk, arenaer og kompetansesentre vil også bidra med kunnskapsstøtte til tjenestenes lokale læringsarbeid. Et annet element vil være å videreutvikle beslutningsstøtte som fagprosedyrer, veiledere og retningslinjer slik at de kan bli bedre verktøy for tjenestene i kommunen.

5.3 Økonomiske virkemidler

5.3.1 Dagens finansieringssystem

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i all hovedsak finansiert gjennom frie inntekter, det vil si skatteinntekter og rammeoverføring fra staten, men også gjennom øremerkede tilskudd, trygdefusjoner og brukerbetaling. De frie inntektene kan kommunene disponere fritt uten

andre føringer fra staten enn gjeldende lover og regelverk. I overkant av to tredjedeler av de frie inntektene kommer fra skatt og i underkant av en tredjedel er rammetilskudd. De frie inntektene fordeles til kommunene gjennom inntektssystemet. Formålet med inntektssystemet er å utjevne kommunenes forutsetninger for å gi et likeverdig tjenestetilbud til sine innbyggere. I tillegg er det noen øremerkede tilskudd som blant annet går til utvikling og kompetansetiltak, og en toppfinansieringsordning for ressurskrevende tjenester. Den offentlige tannhelsetjenesten er i all hovedsak finansiert over de frie inntektene til fylkeskommunene. I tillegg finnes det noen øremerkede midler i hovedsak til regionale odontologiske kompetansesentre og til oppbygging av særskilte tjenestetilbud.

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. Basisbevilgningen utgjør den største delen av tilskuddet. Fordelingen av basisbevilgningen mellom de fire regionale helseforetakene bestemmes blant annet av regionens innbyggertall, alderssammensetning, sosiale kriterier og påvirkes ikke av hvilke og hvor mange pasienter som får behandling.

Gjennom den innsatsstyrte finansieringen er deler av budsjettet til de regionale helseforetakene gjort avhengig av hvilke og hvor mange pasienter som får behandling. Formålet med ordningen er å legge til rette for at aktivitetsmålet kan oppnås på en mest mulig kostnadseffektiv måte. Aktivitetsfinansiering gir insitament til å kartlegge kostnader og å identifisere og fjerne flaskehals som hindrer effektiv pasientbehandling.

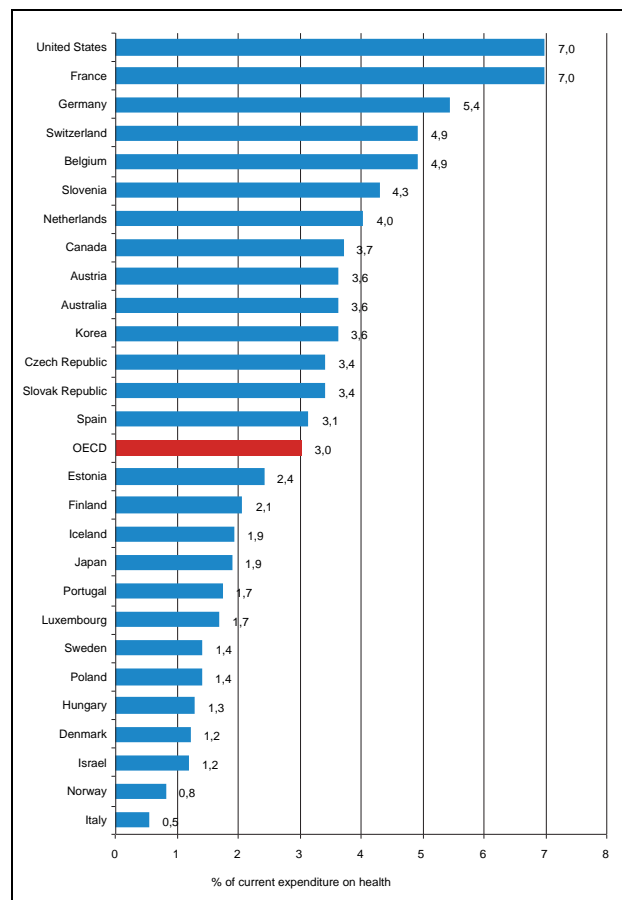
Fra 2012 er deler av den innsatsstyrte finansieringen erstattet av kommunal medfinansiering. Kommunene har fått overført deler av bevilgningen til spesialisthelsetjenesten og skal betale en del av regningen når innbyggerne legges inn på sykehus. Målet med kommunal medfinansiering er å gi kommunene økonomiske insentiver til å ta større ansvar for innbyggernes helse. Tilsvarende finansieringsordninger er også varslet for pasienter og brukere med psykiske lidelser og rusproblemer. Ambisjonen må tilpasses erfaringene med innfasing av samhandlingsreformen og kvaliteten på registreringen som må legges til grunn for oppgjørsordningen.

I tillegg mottar regionale helseforetak takstrefusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner innenfor områdene psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, radiologi- og laboratorievirksomheter.

5.3.2 Etterspørselsdrevet finansiering av helsetjenester

Regjeringens mål er at hele befolkningen skal sikres lik tilgang til helsetjenester uavhengig av hvor de bor og uavhengig av inntekt. Lik tilgjengelighet skal sikres gjennom en sterk offentlig helsetjeneste og lave egenandeler. Regjeringen er for bruk av private og valgfrihet innenfor den offentlige finansierte helsetjenesten. Det er bakgrunnen for at ordningen med «fritt sykehusvalg» ble innført under første Stoltenberg-regjering i 2001. Ordningen gir pasienter mulighet for både å velge mellom offentlige sykehus og private sykehus etter avtale med de regionale helseforetakene.

Regjeringen mener at dagens modell bidrar til å unngå at tjenestetilbudet blir fragmentert, sikrer prioritering av de alvorligst syke og gir bedre tjenester til kronikere og pasienter med sammensatte lidelser med behov for helhetlige tjenester. Modellen understøtter best målet om likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.



Figur 5.2 Utgifter til helseadministrasjon i OECD-landene 2009

Kilde: OECD – Health at a glance 2011

Etterspørselsdrevet finansiering av helsetjenester er en alternativ modell for å oppnå «fritt behandlingsvalg» i den offentlig finansierte helsetjenesten. Modellen innebærer at alle private aktører som ønsker å tilby helsetjenester og som oppfyller bestemte kvalitetskrav kan tilby helsetjenester betalt av det offentlige. En slik ordning ble blant annet beskrevet i Innst. 305 S (2010–2011). Den enkelte pasient kan med en slik ordning velge leverandør av helsetjenester der det er ledig kapasitet, enten privat eller offentlig. I etterkant skjer det et direkte oppgjør mellom tilbyder og det offentlige etter en fast pris. Etterspørselsdrevet finansiering kan omfatte bestemte behandlinger eller utformes som en generell ordning for alle typer behandling. Ordningen legger i større grad enn dagens modell opp til at private leverer tjenestene istedenfor at de offentlige sykehusene leverer tjenestene selv.

Innføring av denne typen etterspørselsdrevet finansiering vil måtte føre til økt bruk av stykkpris i helsetjenesten. Regjeringen ønsker gjennom denne stortingsmeldingen å legge større vekt på at finansieringsordningene skal stimulere til beste praksis og høy kvalitet. Tilsvarende utvikling skjer i en rekke andre land. Det vises til omtale av nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering i kapittel 5.3.3.

Regjeringen mener at en ordning med etterspørselsdrevet finansiering vil føre til at en større del av helsebudsjettet vil måtte brukes på administrasjon istedenfor pasientbehandling, både for å godkjenne enkeltinstitusjoner for ulike behandlinger og for å godkjenne og vurdere hvert enkelt oppgjør. Helseforvaltningen vil møte mange av de samme administrative utfordringene som land med forsikringsbaserte ordninger. Tall fra OECD viser at land med skattebaserte helsesystemer generelt sett bruker en lavere andel av helsebudsjettet til administrasjon sammenliknet med land med forsikringsbaserte ordninger.

En modell med etterspørselsdrevet finansiering innebærer at det ikke lenger vil være noen kontroll av den samlede kapasiteten og kvaliteten. Det legges til grunn at etterspørselen etter helsetjenester vil øke kraftig dersom en slik ordning kombineres med fortsatt gratis helsetjenester. Det vil være svært vanskelig å gi gode kostnadsanslag og konsekvensene over en slik ordning, spesielt på lang sikt. Regjeringen vil videreføre dagens modell med avtaler med regionale helseforetak innenfor de rammene Stortinget fastsetter.

5.3.3 Nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) varslet regjeringen at stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet skulle vurdere om det innenfor gjeldende økonomiske rammer er hensiktsmessig å innføre resultatbasert finansiering som et positivt insentiv i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag å gjøre en gjennomgang av erfaringer med bruk av økonomiske insentivsystemer for å fremme kvalitet og pasientsikkerhet i andre land. I 2011 gjennomførte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en kunnskapsoppsummering om bruk av økonomiske insentivsystemer. Helsedirektoratets gjennomgang viser at det ikke finnes erfaringer fra andre land som er direkte overførbare til Norge. Det er en utfordring å utvikle gode og relevante kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet har pekt på hvilke muligheter som finnes for å etablere resultatbaserte finansieringsordninger i Norge.

Et forsøk med kvalitetsbasert finansiering vil innebære at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse ved bruk av kvalitetsindikatorer. Dagens finansieringssystem er rettet mot volum og kostnadskontroll. Kvalitetsbasert finansiering vil gi mer oppmerksomhet på kvalitet. I dag er det etablert et delvis resultatbasert tilskudd til forskning som utgjør 488 mill. kroner i 2012. Departementet vil komme tilbake til hvordan den nye ordningen skal utformes, innenfor de økonomiske rammene til de regionale helseforetakene, og vil i første omgang sette dette i verk som et forsøk som skal gjelde alle regionale helseforetak.

Helse- og omsorgsdepartementet vil arbeide videre med å identifisere kvalitetsindikatorer og tilhørende prestasjonsmål i samarbeid med relevante aktører. En bred forankring er nødvendig for å sikre at indikatorene har legitimitet i tjenesten, og at prestasjonsmålene oppfattes som meningsfulle. I drøftingen med fagmiljøene vil det bli lagt vekt på å utvikle indikatorer som er relevante for tjenesten og å unngå uønskede vridninger i ressursbruken. Det bør legges vekt på indikatorer som kan gi en pekepinn på servicenivået i tjenesten og fange opp brukernes vurdering av kvalitet.

Formålet med kvalitetsbasert finansiering er å bidra til høyere måloppnåelse i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet samlet sett, og kan være et sup-

plement til gjeldende finansieringsordninger rettet mot regionale helseforetak. Ordningen må utformes slik at finansieringssystemet for helseforetakene ikke blir for komplekst. Andelen kvalitetsbasert finansiering vil være lav i forsøksfasen, og størrelse og innretning vil kunne justeres med utgangspunkt i erfaringene som gjøres. En forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering kan tidligst innføres fra 2014. En permanent ordning må baseres på erfaringer fra forsøket og vil ikke gjennomføres før det er foretatt en helhetlig evaluering.

Aktiviteten i innsatsstyrt finansiering måles i DRG¹-poeng. Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede muligheten for ikke å gi DRG-poeng for skader sykehuset selv har påført pasienten.

5.3.4 Finansiering av legemidler i spesialisthelsetjenesten

Legemidler som brukes på sykehus, ved innleggelser og i forbindelse med polikliniske behandlinger, finansieres gjennom helseforetakenes budsjetter. Folketrygden yter stønad til selvadministrerte legemidler som blir brukt utenfor sykehus. Denne delingen av finansiering mellom sykehusbudsjetter og folketrygd gir i visse tilfeller mulighet for at behandlingsvalg ikke utelukkende styres av faglige hensyn.

I 2006 ble det gjennomført en endring i finansieringen for en gruppe kostbare biologiske legemidler mot blant annet revmatiske sykdommer slik at legemidlene ble finansiert av helseforetakene uavhengig av administrasjonsform. Denne ordningen har siden blitt utvidet med utvalgte biologiske legemidler og legemidler for behandling av multippel sklerose. Regjeringen vil vurdere om andre selvadministrerte legemiddelbehandlinger som styres av spesialisthelsetjenesten, men som i dag finansieres av folketrygden bør overføres til helseforetaksfinansiering.

Et nytt system for innføring av nye metoder implementeres i spesialisthelsetjenesten fra 2012. Statens legemiddelverk skal i denne sammenhengen gjennomføre hurtig metodevurdering av nye legemidler som finansieres av spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil i tillegg vurdere om det skal gjennomføres helseøkonomiske vurderinger for visse kostbare legemidler som finansieres av folketrygden etter ordningen med individuell refusjon. Dette vil bli vurdert i sammenheng med endringer i blåreseptforskriften som er planlagt sendt på høring vinteren 2013.

¹ DRG står for diagnose relaterte grupper.

5.3.5 Økonomiske incentiver for kvalitetsarbeid i kommunene

De kommunale helse- og omsorgstjenestene er i all hovedsak finansiert gjennom frie inntekter. Det har også vært flere nasjonale satsinger for å styrke kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Omsorgsplan 2015 er regjeringens handlingsplan for å sikre at samfunnet er forberedt på å møte framtidens omsorgsutfordringer, slik de er beskrevet i St.meld. nr. 25 (2005–2006) Mestring, muligheter og mening. Omsorgsplanen har fire hovedinnsatsområder: 12 000 omsorgsplasser, Demensplan 2015, 12 000 nye årsverk og Kompetanseløftet 2015. Kompetanseløftet 2015 er regjeringens kompetanse- og rekrutteringsplan og har som hovedmål å sikre omsorgssektoren tilstrekkelig, kompetent og stabil bemanning. Demensplan 2015 skal bidra til økt kunnskap, kompetanse og kvalitet i tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Kvalitetsløftet rus og psykisk helse er en videreføring av innsatsen fra de to opptrappingsplanene for psykisk helse og rusfeltet. Hensikten er å videreutvikle kunnskap, økt kompetanse og bedre kvaliteten på tjenestene til personer med rusproblemer og psykiske lidelser.

Satsingene innebærer blant annet at det er gitt tilskudd til rekruttering og kvalifisering av personell, til ledelse og til ulike etter- og videreutdanningstilbud. Satsingene har vært kanalisert til kommunene eller personell i kommunene via Helsedirektoratet eller fylkesmannen. Det er også gitt noe tilskudd til tjenesteutvikling gjennom nasjonale og regionale kompetanse- og utviklingsentre.

I tillegg er det gitt tilskudd til tjenesteutvikling og utvikling av modeller for tjenester til rusavhengige, personer med psykiske lidelser og til samhandlingsprosjekter. Alle tiltak og prosjekter hvor nasjonale myndigheter tildeler tilskudd bør evalueres eller systematisk dokumenteres. Prosjekter og tiltak som mottar stønad skal i enda større grad legge vekt på kvalitet og pasientsikkerhet.

5.4 Regelverk som virkemiddel for å styrke det systematiske kvalitetsarbeidet

Ansvar for å sikre befolkningen tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet er inkludert i formålsbestemmelsene til alle de sentrale helselovene, med unntak av tannhelsetjenesteloven.

Gjennom ny kommunal helse- og omsorgstjenestelov og endringer i eksisterende regelverk har ansvaret for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fått en tydeligere plass i lovverket. Loven stiller krav til virksomheten om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Tilsvarende bestemmelse er tatt inn i spesialisthelsetjenesteloven. Bestemmelsene tydeliggjør at systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet er en oppgave for virksomhetene.

En rekke særlover bidrar til å sikre pasienter og brukere trygge tjenester av god kvalitet, for eksempel legemiddeloven, smittevernloven og helseregisterloven.

5.4.1 Endring i tannhelsetjenesteloven

Det er i dag krav til forsvarlig tannbehandling for privat og offentlig tannhelsetjeneste som tilbyr behandling til voksne, gitt med hjemmel i folketrygdloven § 5-6. For tjenester som ikke inngår i trygdens stønadsordning er det ikke formulert et slikt forsvarlighets- eller kvalitetskrav i regelverket ut over krav til kvalitet som er regulert i internkontrollforskriften og forsvarlighetskravet i helsepersonelloven.

Lov om tannhelsetjenesten i fylkeskommunene er under revisjon. Dette inngår som et av tiltakene i oppfølgingen av St.meld. nr. 35 (2006–2007) Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjeneste. Loven som virkemiddel for å sikre kvaliteten på tannhelsetjenestene vil bli drøftet. Dette for å tydeliggjøre de forpliktelser som allerede framgår av lovgivningen gjennom internkontrollforskriften.

5.4.2 Felles forskrift for internkontroll, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet

Internkontroll er et ledelsesverktøy og et hjelpemiddel for styring og utvikling av den daglige drift. Alle som yter helsetjenester må etablere et internkontrollsystem, og plikten er utdypet i forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Forskriften stiller minimumskrav til innhold i et kvalitets- eller styringssystem. Internkontroll skal sikre at virksomheten oppfyller krav i lov og forskrift, herunder krav til faglig forsvarlighet. Et vel fungerende styringssystem bør inkludere krav og forventninger utover selve lovgivningen, som for eksempel retningslinjer, veiledere og styringskrav. Helsedirektoratet utga i 2004 en veileder

som utdypet hvordan internkontrollforskriftens formål kan oppfylles.

I helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven framgår det uttrykkelig at enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikter å sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil sette i gang arbeidet med å utarbeide en felles forskrift for internkontroll og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Pedagogiske hensyn taler for felles forskrift som gir en samlet framstilling av kravene til internkontroll, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Felles forskrift vil ta utgangspunktet i dagens internkontrollforskrift, og utdype og tydeliggjøre framstillingen og innholdet i kravene til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Krav knyttet til risikostyring, koordinerte tjenester og årsaksanalyser av uønskede hendelser er eksempler på områder som også bør tydeliggjøres i forskriften.

5.4.3 Private tjenesteytere

Forskrift om internkontroll gjelder enhver som yter helsetjeneste, herunder private tjenesteytere innenfor helse- og omsorgstjenesten.

Overfor private tjenesteytere med avtale med regionalt helseforetak eller kommune vil den offentlige avtalepart også kunne stille mer konkrete krav til systematisk kvalitetsutvikling innenfor det regelverket som gjelder for avtaleforholdet. For private tjenesteytere uten driftsavtale vil det være aktuelt å vurdere tiltak av pedagogisk karakter, for eksempel bidrag til opplæring i praktisk forbedringskunnskap. I de tilfellene der det offentlige finansierer deler av tjenesteytelsene, som for eksempel folketrygdens stønad til behandling hos privatpraktiserende tannpleiere og tannleger, vil eventuell regulering av krav til systematisk kvalitetsforbedring bli vurdert i forbindelse med de årlige revisjoner av regelverket for folketrygdens stønadsordninger.

Apotekene har ansvaret for at befolkningen til en hver tid har tilgang på nødvendige legemidler. Privat eide apotek baserer virksomheten på salg til legemiddelbruker, enten etter resept eller reseptfritt. Apotekene fungerer som et kvalitetssikringssystem på flere nivå. Apotekene kontrollerer resepter før utlevering. Ved mistanke om feil, for eksempel feil dose, kontaktes legen for å dobbeltsjekke hva pasienten faktisk skal ha. Apote-

Boks 5.5 Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus)

Noklus er en landsdekkende organisasjon som arbeider med å kvalitetssikre laboratorievirksomhet utenfor sykehus. Noklus ble opprettet i 1992 og tilbyr tjenester til alle norske legekontor, sykehjem og andre helseinstitusjoner.

Deltakere i Noklus får:

- Analyseprosedyrer og opplegg for å overvåke analysenes kvalitet.
- Mulighet til når som helst å kontakte lokalt Nokluskontor for informasjon om rekvirering, analysering og tolkning av laboratorieanalyser.
- Tilbud om kurs og veiledning
- Ekstern kvalitetsvurdering

Noklus vurderer også kvaliteten av instrumenter og metoder, og tilbyr veiledning ved innkjøp av laboratorieutstyr. I tillegg driver Noklus forskning. Noklus praksisprofi gir legen en tilbakemelding med statistikk over egen praksis, sam-

menliknet med andres, spesielt vedrørende laboratorieaktivitet. Noklus fikk i 2006 oppgaven med å lage et Norsk diabetesregister for voksne.

Legekontorene har deltatt i Noklus siden 1992. Finansieringen skjer sentralt gjennom avsetning til fond i de årlige forhandlingene mellom staten og Legeforeningen om takster, driftstilskudd mv. Rundt 99 prosent av allmennlegekontorene deltar.

Som ledd i Omsorgsplan 2015 fikk alle sykehjem tilbud om to års gratis deltakelse i Noklus gjennom et introduksjonstilskudd med oppstart i 2007. Tidligere erfaringer med vervingsforsøk viste at mange sykehjem vurderte kostnaden ved deltakelse som for høy. Høsten 2012 deltar 92 prosent av sykehjemmene i Noklus. En brukerundersøkelse Noklus har gjennomført, viser at sykehjemmene har forbedret mange rutiner etter at de ble deltakere.

kene gir også kundene informasjon og veiledning ved utlevering av legemidler. Apotekene bidrar gjennom innkjøps- og logistikksystemene til å forhindre at forfalskede legemidler kommer inn i det norske markedet.

5.5 Statlig tilsynsvirksomhet

Tilsyn er kontroll med at virksomhet og personell yter helsetjenester innenfor helselovgivningens rammer, og følger opp avvik med reaksjoner. Med unntak av saker som meldes etter § 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven, er det fylkesmennene som utfører tilsynet.² Fylkesmennene overfører saken til Statens helsetilsyn dersom det kan være grunnlag for formelle reaksjoner mot helsepersonell eller virksomheten.

Formålet med tilsynet er å bidra til at helsetjenesten drives på en faglig forsvarlig måte, og at svikt i forbindelse med tjenesteytingen forebygges. Råd og veiledning er en del av alle forvaltningsorganers ansvarsområde. Tilsynsmyndighe-

tenes rådgivning er basert på erfaringer fra tilsynet.

5.5.1 Tilsyn som virkemiddel i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet

Tilsynsmyndighetene skal ivareta pasienter og brukeres rettssikkerhet ved å føre tilsyn med at helse- og omsorgstjenesten oppfyller kravene i helselovgivningen. Planlagte tilsyn vil kunne avdekke om virksomheten driver i henhold til de forventede kravene, og om det er behov for korrigering. Erfaringer fra slike tilsyn kan også gi nyttig læring for de virksomhetene som ikke selv har vært gjenstand for tilsyn.

Tilsynsmyndighetenes utredning av årsaksfaktorer og årsakssammenhenger er begrenset til de fakta som er for å vurdere spørsmålet om lovlighet, herunder faglig forsvarlighet. Virksomhetene innenfor helse- og omsorgstjenesten har et selvstendig ansvar for å utrede årsaker til uønskede hendelser og iverksette tiltak for å minimalisere risikoen for pasientskader.

Økt vekt på virksomhetens ansvar i behandling av tilsynssaker

I tilsynsvirksomheten har det vært en dreining fra oppmerksomhet mot enkeltpersoner til virksom-

² Statens helsetilsyn gjennomfører også tilsyn med blodbanker, virksomheter som håndterer humane celler og vev, medisinsk og helsefaglig forskning og forsvarets helsetjenester til personell i utenlandsoperasjoner (avtalebasert ut 2012).

Boks 5.6 Tilsynsmetodikk

Fylkesmennene og Statens helsetilsyn utarbeider årlige tilsynsplaner. Planene omfatter både landsomfattende tilsyn som er initiert av Statens helsetilsyn og tilsyn som det enkelte embetet tar initiativ til med utgangspunkt i risikovurderinger. I de årlige landsomfattende tilsyn velges det ut ett eller flere felles områder eller tema som alle fylkesmennene skal føre tilsyn med. Formålet med landsomfattende tilsyn er å rette oppmerksomheten på et tjenesteområde med høy risiko for svikt, og der konsekvensene av svikt kan være alvorlige. Tilsyn med spesialisthelsetjenesten gjennomføres ofte av regionale tilsynslag. Planlagte tilsyn gjennomføres gjerne som en systemrevisjon. En systemrevisjon er en metodikk som retter oppmerksomheten mot

ledelse og styring, og der tilsynet undersøker om virksomhetens styringssystem (internkontroll) er tilstrekkelig for å sikre kravene i lov og forskrift.

Områdeovervåkning er tilsyn med et overordnet perspektiv, og består i å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helse-tjenestene i et tilsynsperspektiv. Områdeovervåking er med å danne faktagrunnlag for risiko- og sårbarhetsanalyser og valg av tilsynsområder.

Hendelsesbasert tilsyn er utløst av uønskede hendelser. Hendelsesbasert tilsyn er saker Fylkesmannen og eventuelt Statens helsetilsyn behandler på grunnlag av klager fra pasienter og pårørende og andre kilder, som handler om mulig svikt i helse- og omsorgstjenestene.

hetenes ansvar og systemer for å sikre forsvarlig drift. Bakgrunnen for dette er blant annet St.meld. nr. 17 (2002–2003) Om statlig tilsyn som gir føringer om at det skal legges sterkere vekt på prinsippet om internkontroll. Dette er i tråd med den generelle faglige utviklingen i tilnærmingen til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet både nasjonalt og internasjonalt.

De fleste planlagte tilsyn gjennomføres derfor som systemtilsyn med en standardisert systemrevisjonsmetodikk for å undersøke om ledelsen styrer og følger opp kravene i lovgivningen. Årlig utføres mellom 700 og 900 systemtilsyn innenfor Helsetilsynets ansvarsområder. Omtrent halvparten av alle planlagte tilsyn utføres som en del av landsomfattende tilsyn der samme tema er gjenstand for tilsyn i hele landet.

Fylkesmennene får opplysninger om mulig svikt i helsetjenesten fra mange kilder (pasienter, pårørende, arbeidsgivere, politi, media). Omtrent 2500 saker undersøkes hvert år for å vurdere om det har vært brudd på lover og forskrifter (hendelsesbaserte tilsyn). Omtrent 350 saker videresendes hvert år til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot helsepersonell eller virksomhet.

I hendelsesbaserte tilsynssaker er årsaksforholdene ofte sammensatte. Helsetilsynets retningslinjer for hendelsesbaserte tilsyn legger derfor til grunn at både virksomhet og helsepersonell vurderes. Økt oppmerksomhet på virksomhetsansvaret betyr ikke at helsepersonellens ansvar blir mindre eller skal sees bort fra i behandling av hendelsen.

Sanksjoner overfor helsepersonell og virksomheter

Det har blitt stilt spørsmål om Statens helsetilsyn i for liten grad har satt i verk sanksjoner som reaksjon på svikt og lovbrudd som har resultert i alvorlige hendelser. Dette gjelder særlig manglende advarsler og tap av autorisasjon eller lisens for helsepersonell.

Statistikk over antall og type reaksjoner viser imidlertid at antall tilsynssaker og antall administrative reaksjoner fra Statens helsetilsyn gradvis har økt de siste årene. I 2011 ga Statens helsetilsyn 226 reaksjoner mot helsepersonell. Advarsel ble gitt til helsepersonell i 107 tilfeller, mens i 97 tilfeller mistet helsepersonell autorisasjon eller lisens. Bruk av rusmidler er den vanligste årsaken til tap av autorisasjon. I kun to tilfeller var ufor-svarlig praksis begrunnelse. Helsepersonell kan klage til helsepersonellnemnda. Nemnda opphever om lag ti prosent av vedtakene til Helsetilsynet.

Bruk av pålegg skal bidra til at helsetjenesten retter på forholdene slik at driften igjen blir forsvarlig. Pålegget skal inneholde en frist for når retting skal være utført. Tilsynet kan også stenge en virksomhet når det er nødvendig. Tvangsmulkt kan bare anvendes overfor virksomheter i spesialisthelsetjenesten. Statens helsetilsyn kan fastsette en løpende dagmulkt for hver dag, uke eller måned som går etter utløpet av den frist som er satt for oppfylging av pålegget. I 2011 ga Statens helsetilsyn ingen pålegg til virksomheter med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven.

Det ser ut som om bruk av administrative reaksjoner varierer mellom land. Både Norge og England har mulighet til å gi advarsler og tilbakekalle autorisasjoner, men mye tyder på at Norge i langt større grad enn England benytter disse virkemidlene. Sverige har nylig avviklet den lovhjemlede advarselordningen. Statens helsetilsyn har bestilt en forskningsbasert sammenlikning mellom Norge og England om bruk av sanksjoner i tilsynsvirksomhet for få bedre kunnskap om effekten og bruken av sanksjoner.

Kunnskapsgrunnet er begrenset når det gjelder effekt av planlagte tilsyn og behandling av enkeltsaker. Den mest umiddelbare effekten av tilsyn er at et betydelig antall mangler blir rettet hvert år. Helsetilsynets erfaringer fra oppfølging av planlagt tilsyn er at det er stor vilje til å rette opp avvik som blir påpekt av tilsynsmyndigheten, og det er relativt sjeldent uenighet om avvikene. Det finnes imidlertid lite kunnskap om hvordan slike tilsynssaker påvirker virksomhetenes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet mer langsiktig.

Politiet har ansvar for etterforskning og påtaleavgjørelser i meldinger om unaturlige dødsfall. Tilsynsmyndighetene er rådgivende overfor politiet i vurderingen om det bør settes i verk etterforskning eller ikke. Videre kan Statens helsetilsyn begjære påtale mot helsepersonell. Det er etablert retningslinjer for samarbeidet mellom politi eller påtalemyndighet og tilsynsmyndighetene i slike saker.

5.5.2 Videreutvikling av tilsyn

I den videre utviklingen av tilsynet må det legges vekt på å videreutvikle tilsynsmetodikken, og tilsynsfunn må formidles til tjenesten og samfunnet på en måte som bidrar til ønsket endring. Pasienter og pårørende må trekkes inn og ivaretas bedre.

Statens helsetilsyn og fylkesmennene arbeider med videreutvikling av det planlagte tilsynet på ulike måter. Tilsynsmyndighetene har prøvd ut forskjellige tilsynsmetoder overfor både kommunale virksomheter og spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra dette vil bli evaluert i 2013. Viktige mål for utviklingsarbeidet er å bidra til at virksomhetsledelsen tar tydelig ansvar for å korrigere påviste lovbrudd, at det blir bedre framdrift i virksomhetenes endringsprosesser, at virksomhetene setter i verk tiltak som fungerer og at de er tilstrekkelig robuste over tid.

Det europeiske partnerskapet for tilsynsmyndighetsorganisasjoner innenfor helse- og sosialtjenester (Epsa) gjennomførte i 2011 og 2012 en vur-

dering av tilsynsvirksomheten til Statens helsetilsyn. I rapporten er det påpekt at Statens helsetilsyn har solide rammer som sikrer tilsyn med høy profesjonell standard. Rapporten peker på at Helsetilsynet gjennom systemtilsynene følger opp virksomheter med avvik på en god måte. Rapporten pekte også på forbedringspunkter i selve tilsynsprosessen og formidling av resultater som kan bidra til å fremme økt læring av tilsyn.

Kjernen i statlig tilsyn er kontroll med etterlevelse av krav, og har i utgangspunktet ikke læring som et uttrykt formål. Ved gjennomføring av tilsyn får tilsynsmyndighetene kunnskap og erfaringer både om hvordan lovgivningen fungerer i praksis, og om hvordan tjenestene ytes i virkeligheten. Slike praktiske erfaringer egner seg godt som grunnlag for læring og utvikling i tjenestene. Det er derfor viktig at tilsynsorganene beskriver og formidler funnene på en måte som gjør at tjenesteyterne kan bruke materialet i eget utviklingsarbeid.

5.5.3 Opprette en undersøkelsesenhet i Statens helsetilsyn

Statens helsetilsyn fikk i 2010 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å etablere en utrykningsgruppe. Utrykningsgruppen skulle sikre raske og bedre tilsynsmessig oppfølging av alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. Helseforetakene og virksomheter som de har avtale med, ble samtidig pålagt varslingsplikt direkte til Statens helsetilsyn. Fra 1. januar 2012 ble varslingsplikten og plikten til å foreta stedlig tilsyn dersom dette er nødvendig for at tilsynssaken skal bli tilstrekkelig opplyst, lovfestet gjennom endringer i spesialisthelsetjenesteloven og helsetilsynsloven.

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i april 2012 en evalueringsgruppe som har avgitt en rapport.³ Departementet mener at utrykning styrker både læring i og tilsyn med helsetjenesten. Departementet vil derfor videreutvikle denne tilsynsaktiviteten ved å etablere en permanent undersøkelsesenhet i Statens helsetilsyn. Enheten skal behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten.⁴

Det er spesielt viktig å få avdekket svikt i spesialisthelsetjenesten og lovbrudd på systemnivå tidlig fordi det kan få alvorlige konsekvenser for mange pasienter. I likhet med en havarikommi-

³ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/html?id=421>

⁴ Alvorlige hendelser defineres i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a som dødsfall og betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet sett i forhold til påregnelig risiko.

sjon skal undersøkelsesenheten for å få saken raskt og mest mulig opplyst, være i stand til å rykke ut på befaring. Dette gjelder særlig der det er grunn til å mistenke vesentlig svikt, uklart hva som har skjedd, sikkerhetsrisikoen er stor og/eller saken er kompleks. Hendelsesforløpet i alvorlige hendelser vil på denne måten undersøkes raskere og mer inngående blant annet ved dialog med involverte og berørte kort tid etter den aktuelle alvorlige hendelsen. En grundig gjennomgang av hendelsesforløpet kort tid etter hendelsen er etter departementets vurdering også av stor betydning for at helsetjenesten skal lære av egen svikt og bli i stand til å gi god informasjon til pasienter og/eller pårørende. Helsetjenestens plikt til selv å gjennomgå og rette opp egen svikt skal fortsatt gjelde. Undersøkelsesenheten vil bidra til at tilsynet raskere identifiserer uforsvarlige forhold. Der det er nødvendig, skal det settes i verk reaksjoner overfor virksomheten slik at svikten rettes. Dette gjelder også reaksjoner mot helsepersonell som har begått alvorlige feil.

Enheten vil også raskt kunne undersøke om helseforetaket faktisk ivaretar plikten til å sette i verk nødvendige tiltak for å forhindre at lignende skjer igjen og gi pasienter og pårørende den informasjonen de har krav på.

Pårørende er ofte en viktig ressurs i opplysningen av saken og skal høres og involveres i undersøkelsesenhetens arbeid. Som et ledd i å fremme læring, skal undersøkelsesenheten, etter at saken er avsluttet lage en rapport i en form som kan offentliggjøres. Læringsaspektet ved saken skal særlig drøftes. I årsrapporten for enhetens virksomhet bør læringsaspektet ved årets saker gis særlig oppmerksomhet. Se avsnitt 5.5.4 om å styrke pasienter og pårørendes rolle i tilsynssaker.

Enheten skal være en del av Statens helsetilsyn og etableres innenfor gjeldende lovgivning. Dette innebærer at enheten skal være uavhengig av den utøvende helsetjenesten og politisk styring. Uavhengighet til den utøvende helsetjenesten er viktig for å sikre enheten nødvendig legitimitet både hos pasienter og pårørende og i samfunnet for øvrig.

Evalueringsgruppen anbefaler at helsefaglig og juridisk kompetanse suppleres med sikkerhetsfaglig og organisasjonsfaglig kompetanse. Videre anbefaler evalueringsgruppen at det gis opplæring i undersøkelsesmetodikk og intervju-teknikk. Slik vil enheten kunne gi bedre og raskere oppfølging uten mer byråkrati og uten at det må opprettes en ny institusjon. Enheten vil bli etablert gjennom et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Statens helsetilsyn. Det

skal legges særlig vekt på å ivareta behovet for mer tverrfaglighet i arbeidet og på å styrke pårørendes rolle. Det er behov for praktisk erfaring og kompetanse på adekvat årsaksanalyse for å forstå hva som har gått galt og hvordan det kunne ha vært unngått. Departementet er opptatt av å sikre at pårørende blir godt ivaretatt i slike saker. Dette er et ansvar både for tilsynsmyndighetene og de regionale helseforetakene.

Etablering av en permanent undersøkelsesenheter gjør det nødvendig å styrke Statens helsetilsyn ressursmessig for å legge til rette for bedre kapasitet, raskere oversikt over hendelsesforløpet, økt tverrfaglighet og styrket kompetanse. En slik styrking er foreslått i Prop. 1 S (2012–2013).

Regjeringen vil i tillegg sørge for at det blir gjennomført en bred utredning av hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. Oppfølging av slike hendelser rører dypere sett ved spørsmål som omhandler rettsstatlige prinsipper, moral og etikk. Utredningen skal bidra til å sikre at hele bredden i problemstillingen blir vurdert. Det er behov for en vurdering av om dagens virkemidler for å håndtere mistanke om lovbrudd og alvorlige hendelser er effektive nok, inkludert en vurdering av problemstillinger knyttet til læring og bruk av sanksjoner. Utredningen skal helt konkret vurdere om det ved særlig alvorlige hendelser er behov for å følge opp saken utover det tilsynet som følger av dagens lovgivning, herunder om det bør opprettes en uavhengig sikkerhetskommisjon. I denne sammenheng er det nødvendig å vurdere hvilken rolle en slik kommisjon eventuelt skal ha som en del av et helhetlig system for å følge opp uønskede hendelser.

5.5.4 Styrke pasienters og pårørendes rolle i tilsynssaker

Helse- og omsorgsdepartementet satte ned et utvalg i 2011 for å vurdere pasienters og pårørendes rolle i tilsynssaker. Utvalget fikk som mandat å gjennomgå regelverk og praksis og å vurdere behov for endringer. Mandatet er gjengitt i rapporten Pasienters og pårørendes rolle i tilsynssaker.

Et samlet utvalg foreslo at pasienter og pårørende skal gis utvidet innsyns- og uttalerett i selvmeldte tilsynssaker som behandles av fylkesmannen. Utvalget anbefalte også at pårørendes rettsstilling skal presiseres bedre i lovteksten. Utvalget stod samlet bak en anbefaling om at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere om helsetjenesten skal pålegges en ny plikt til å informere pasienter og pårørende etter at det har skjedd en

uønsket hendelse. Plikten innebærer å informere pasienter og pårørende om hva som har skjedd, hvorfor det skjedde og hva som må gjøres for å forhindre at noe liknende skjer igjen. Et flertall i utvalget gikk også inn for at pasienter og pårørende skal ha klagerett på fylkesmannens behandling av tilsynssaker. Utvalget begrunnet forslagene med at bedre involvering av pasienter og pårørende vil gi økt tillit til tilsynets saksbehandling, mer ensartet praksis i fylkene og flere riktige avgjørelser. Utvalget la vekt på at det er en forventning i samfunnet om økt involvering for brukere, pasienter og pårørende.

Utvalgets forslag har vært på høring. Høringsinstansene var i hovedsak positive til forslagene om presiseringer i gjeldende regelverk. Det samme gjaldt forslaget om at retten til å be om at det opprettes tilsynssak også skal gjelde for systemfeil. Flertallet av høringsinstansene var også positive til forslaget om ny informasjonsplikt ved uønskede hendelser. Det var noe sprik i synspunktene på forslaget om innsyns- og uttalerett og større sprik i forslaget om klagerett.

Helse- og omsorgsdepartementet arbeider nå med et høringsnotat med lovforslag som skal styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker.

5.6 Akkreditering og sertifisering

I mange land er det vanlig at helseinstitusjoner som sykehus og sykehjem er akkreditert. Dette gjelder spesielt i land med overveiende private tje-

nesteleverandører (for eksempel USA) der helseinstitusjonene må dokumentere kvalitet for å kunne inngå avtaler med for eksempel forsikrings-selskap. Store akkrediteringsselskaper som Joint Commission USA og Joint Commission International akkrediterer sykehus etter standarder som omfatter både styringssystemer og kompetanse, og prosessen kan derfor beskrives som en kombinasjon av sertifisering og akkreditering. Joint Commission bruker dessuten begrepet sertifisering om godkjenning av behandlingsopplegg for ulike tilstander som for eksempel diabetes. Det legges spesiell vekt på om organisasjonen har et integrert og koordinert forløp for disse tilstandene.

I Danmark er det utviklet et nasjonalt akkrediteringsprogram for helsetjenesten, Den danske kvalitetsmodell (DDKM). Modellen er nærmere omtalt i kapittel 3. De akkrediteringsstandardene som brukes omfatter, i likhet med standardene til Joint Commission, både styringssystem og spesifikke arbeidsprosesser. Det danske godkjenningssystemet kan derfor beskrives som en kombinasjon av akkreditering og sertifisering.

Bruk av akkreditering og sertifisering i norsk helsetjeneste

I Norge er mange medisinske laboratorier akkreditert, det samme gjelder for mikrobiologiske laboratorier, og det pågår akkrediteringsprosesser innen patologi og billeddiagnostikk.

Sertifisering etter ISO 9001 har vært gjennomført helt eller delvis blant annet ved Bærum syke-

Boks 5.7 Akkreditering og sertifisering

Begrepene akkreditering og sertifisering blir i mange tilfelle brukt om hverandre og ofte med uklar definisjon. Begge begrepene brukes om godkjenningsordninger i henhold til normative dokumenter. Et normativt dokument kan være en standard, en lov eller forskrift, et EU direktiv eller et annet allment akseptert kravdokument.

En standard beskriver et produkt, en tjeneste, et system, en arbeidsprosess eller deler av disse. Helsetjenesten har lang tradisjon i bruk av standarder, oftest på produksjon, vedlikehold og bruk av utstyr. I de senere årene har bruk av standarder til styring av prosesser, kvalitet og sikkerhet blitt stadig vanligere.

Sertifisering av en virksomhet innebærer at en ekstern instans godkjenner virksomhetens

styringssystem. Sertifisering av personell er aktuelt når det er snakk om å dokumentere at personell har spesifikk kompetanse og/eller ferdigheter på angitte områder.

Akkreditering av en virksomhet innebærer at en ekstern instans vurderer om virksomheten er kompetent til å utføre gitte oppgaver. Akkreditering går mer i dybden enn sertifisering og vurderer kompetanse, rutiner, metoder osv.

Sertifisering og akkreditering er kontinuerlige prosesser som stiller krav til organisasjonen om selv å utvikle kvalitetsmål og vurdere måloppnåelse, og det vil være nødvendig med oppfølging, til dels årlig, fra akkrediterings- og sertifiseringsorganet.

Boks 5.8 Norske akkrediterings- og sertifiseringsinstitusjoner

Den europeiske standardiseringsorganisasjonen International Standardisation Organisation (ISO) utvikler standarder for ulike samfunnsområder. For eksempel brukes ISO 9001 og ISO 14001 for å sertifisere virksomheter, mens ISO 15189 og ISO 17025 brukes for å akkreditere laboratorier.

Standard Norge er en privat og uavhengig medlemsorganisasjon som utvikler standarder på de fleste områder i samfunnet. Standard Norge fastsetter årlig om lag 1 200 nye Norske Standarder, hvorav de aller fleste baserer seg på europeiske standarder. Standard Norge har et fagråd for helse som ledes av Helsedirektoratet. Fagrådet skal ivareta brukernes og helsesektorens interesser, bistå Standard Norge i å etablere og videreutvikle standarder på helseområdet og være et bindeledd mellom Standard Norge og myndigheter, helseforetak, organisasjoner, leverandører og interessenter.

Norsk akkreditering er et uavhengig forvaltningsorgan som etatsstyres av Nærings- og handelsdepartementet og er det eneste organ som utfører teknisk akkreditering i Norge. Norsk akkreditering akkrediterer blant annet sertifiseringsorganer (for eksempel Det Norske Veritas Certification AS, Nemko AS) og medisinske laboratorier.

Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (Nokut) er et faglig uavhengig organ underlagt Kunnskapsdepartementet og er tilsynsorgan for norske universitet og høyskoler. Som virkemiddel i tilsynsvirksomheten akkrediterer Nokut studietilbud og utdanningsinstitusjoner etter et sett med standarder og kriterier som er nedfelt i forskrift.

hus, Sykehuset Innlandet Kongsvinger og i Psykiatrien i Nord-Trøndelag. Flere rehabiliteringsinstitusjoner har gjennomført en akkreditering av Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. Eksempler på norske rehabiliteringsinstitusjoner som er akkreditert av denne kommisjonen er Sunnaas sykehus og AiR i Rauland.

Det ble i foretaksmøtene for 2011 stilt krav om at de regionale helseforetakene skulle etablere miljøledelse og miljøstyringssystem i helseforetakene og en påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standard. Dette skal skje innen utgangen av 2014. Kravet var i tråd med anbefaling i sluttrapport fra spesialisthelsetjenestens nasjonale miljø- og klimaprojekt.

Det er innført sertifiseringsordning for redningsmenn i luftambulansetjenesten etter en norm som er utviklet av Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet i fellesskap. Det finnes også en del egeninitierte sertifiseringsprogram for helsepersonell som er basert på virksomhetsinterne eller andre uoffisielle normer eller standarder, spesielt innenfor mer høyteknologiske deler av helsetjenesten som for eksempel intensivmedisin.

Selv om akkreditering og sertifisering er mye brukt internasjonalt som virkemiddel for bedre kvalitet og pasientsikkerhet, finnes det foreløpig lite dokumentasjon om effekten på kvalitet og pasientsikkerhet. I en rapport fra 2009 viser

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til at det finnes få studier som har undersøkt effekter av ISO-sertifisering og akkreditering av sykehus.

Det synes å være bred enighet om at akkreditering av medisinske laboratorier er et hensiktsmessig virkemiddel for kvalitetskontroll. Sertifisering av virksomhetenes kvalitetsstyringssystem etter ISO 9001 kan også være nyttig som virkemiddel for en mer systematisk tilnærming til kvalitetsstyringen. Akkreditering og sertifisering er imidlertid ressurskrevende prosesser. Staten og kommunene har som eiere av sykehus og sykehjem mange virkemidler gjennom styringsdialogen for å følge opp kvaliteten i egne institusjoner. Det er derfor foreløpig ikke aktuelt å stille et generelt krav om akkreditering og/eller sertifisering av virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Virksomhetene står imidlertid fritt til å velge akkreditering og/eller sertifisering som verktøy for systematisk kvalitetsforbedring dersom de anser dette som hensiktsmessig. Den pågående prosessen i Danmark bør følges nøye, spesielt dersom det kan dokumenteres at akkrediteringsprosessen har positiv effekt på pasientbehandlingen.

Akkreditering som alternativ til offentlig godkjenning

På enkelte områder hvor det i dag er krav om offentlig godkjenning av virksomheter eller deler av virksomheter, kan det være aktuelt å vurdere

om akkreditering kan være en hensiktsmessig løsning. En akkrediteringsprosess er mer formalisert og vil dermed kunne oppfattes som mindre skjønsmessig enn en offentlig godkjenning. Akkrediteringen vil også kunne anerkjennes internasjonalt. Krav fra helsemyndighetene til virksomhetene kan nedfelles i de normerende dokumenter som det akkrediteres mot, for eksempel forskrifter, standarder eller retningslinjer.

Sertifisering av personell

Det kan være aktuelt å stille krav om personellsertifisering på områder som stiller særlige krav til

kompetanse og ferdigheter. Dette vil ofte dreie seg om relativt smale områder, og sertifisering vil derfor ikke være noe alternativ til spesialistutdanning eller autorisasjon. Valg av område bør gjøres etter en risikovurdering. Typiske eksempler vil være bruk av særskilt komplisert medisinsk-teknisk utstyr eller ferdigheter i spesielt krevende prosedyrer. Sertifisering kan gi en mer fleksibel bemanningssituasjon ved at sertifisering for en bestemt arbeidsoperasjon kan gjøres profesjonsuavhengig.

Boks 5.9 Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet

Regjeringen vil:

- Systematisere og videreutvikle virkemidler og tiltak for å støtte kommunene i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.
- Sette kvalitet og pasientsikkerhet på dagsorden i styringsdialogen med de regionale helseforetakene.
- Videreutvikle partnerskapet med KS gjennom kvalitetsavtalen og samhandlingsavtalen.
- Sette i verk et nasjonalt forsøk ned kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.
- Sende på høring forslag om en felles forskrift for internkontroll, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.
- Vurdere endringer i tannhelsesloven for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet.
- Endre utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn til en undersøkelsessenhet for behandling av varsel om alvorlige hendelser.
- Gjennomføre en bred utredning om hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten.
- Sende på høring forslag til endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker.

Kapittel

6



Figur 6.1

6 Kvalitetsforbedring i tjenesten

Regjeringen har som mål at kvalitetsarbeidet i større grad enn i dag skal være integrert i ordinær virksomhet. Det handler om å utvikle kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke kompetanse hos ledere og ansatte, forbedre og iverksette rutiner for å forebygge og lære av feil, og systematisk ta i bruk ny kunnskap, faglige retningslinjer, og annen kompetansestøtte. Resultater på kvalitet skal måles og etterspørres av ledere på alle nivåer.

Viktige nasjonale tiltak er å etablere et fem-årig nasjonalt program for pasientsikkerhet, styrke lederkompetansen innen kvalitet og pasientsikkerhet, forbedre systemet for å utvikle og implementere nasjonale faglige retningslinjer, videreutvikle og forenkle meldesystemet for uønskede hendelser, og stimulere til utvikling av arenaer og nettverk for læring.

6.1 utfordringer

Mange av virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten er komplekse organisasjoner. Helse- og omsorgssektoren har den høyeste andelen ansatte med arbeid utenfor vanlig arbeidstid på grunn av skift- og turnusarbeid, og det er døgnkontinuerlig virksomhet gjennom hele året. Ledere har et forholdsvis stort kontrollspenn med ansvar for mange ansatte. Vikarbruk, deltidsarbeid, ufaglært arbeidskraft og fremmedspråklige ansatte er andre faktorer som illustrerer kompleksiteten i sektoren.

En undersøkelse fra 2012 gjennomført av Fafø viser noen av utfordringene knyttet til deltidsarbeid i kommunene. Resultatene tyder på at viktig informasjon går tapt i vaktskifter, kvaliteten på tjenestene reduseres når brukerne må forholde seg til mange ansatte, og at mange små stillingsprosenter gjør det vanskelig å rekruttere kvalifisert arbeidskraft. Disse særtrekkene ved tjenestene gjør det krevende å drive kontinuerlig utviklings- og kvalitetsarbeid. Samtidig er det nettopp slike

forhold som tydeliggjør behovet for systematisk styring av kvalitet og pasientsikkerhet.

Helsetilsynet har avdekket at manglende forankring og ledelse av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er en viktig årsak til uønskede hendelser og feil, og at ledelsen i virksomhetene i for liten grad etterspør og er kjent med hvilken risiko pasienter og brukere utsettes for. Pasientsikkerhetskampanjen ble satt i gang for å sette i verk tiltak på kjente risikoområder hvor det finnes dokumentert kunnskap om effekt. Kampanjen har vist at det er et stort behov for kunnskap og veiledning om systematisk kvalitetsforbedringsarbeid i tjenesten.

Helsetilsynet har ved flere anledninger påpekt at det er liten erfaringsoverføring mellom virksomhetene etter tilsyn, og at virksomhetene mangler forbedringskunnskap. Virksomhetene er flinke til å planlegge og å sette i verk tiltak, men ikke så flinke til å kontrollere at tiltakene blir gjennomført som planlagt.

Knappe ressurser og mangel på tid og opplæring blir gjerne trukket fram som forklaringer på hvorfor helse- og omsorgstjenesten ikke har fått på plass systemer for styring, kvalitet og pasientsikkerhet. Samtidig vet vi at mye handler om hvordan ressursene brukes og om kultur og tradisjoner. Kvalitetsarbeid handler om å skape en lærende organisasjonskultur. En del virksomheter i tjenesten har lyktes i å etablere åpenhet og evne og vilje til å forandre og forbedre. Flere steder har imidlertid kvalitets- og forbedringsarbeid manglet en tydelig forankring og engasjement i ledelsen, og har ikke blitt betraktet som en del av de ordinære ledelsesoppgavene. Fagpersoner har tradisjonelt vært opptatt av fagutvikling og behandlingstilbud, mens det har vært «ildsjeler» eller egne stabsavdelinger som har vært engasjert i organisering, forbedring av arbeidsprosesser, pasientlogistikk mv. Det er fortsatt en vei å gå før kvalitetsarbeidet er tilstrekkelig forankret i ledelsen i virksomhetene. Det samme gjelder tverrfaglig samarbeid og involvering av pasienter og brukere i forbedringsarbeidet.

6.2 Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet handler om kontinuerlig å identifisere forbedringsområder, sette i verk tiltak og sikre at tiltakene har effekt. Det forutsetter at ledelsen har satt klare mål for arbeidet og at resultater på kvalitet og pasient- og brukersikkerhet etterspørres og brukes i styring og forbedring.

Fra 2012 ble det lovpålagt med systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Lovendringen innebærer at det stilles krav om systematisk styring og ledelse. Arbeid for systematisk kvalitetsforbedring er en viktig oppgave for virksomheten og ledelsen, og en del av internkontrollsystemet.

Tradisjonelt har kvalitetsarbeidet handlet om faglig standard og kompetanse hos tjenesteutøverne. Tjenesteutøverne har i stor grad selv tatt initiativ til og ansvar for kvalitetsforbedring gjennom faglige nettverk og arbeid i profesjonsorganisasjonene. Helsedirektoratets kvalitetsstrategi fra 2005 bygger på en bred tilnærming til kvalitet. Strategien legger vekt på betydningen av forbedringskunnskap, det vil si kunnskap om hva som skal til for å skape endring og om endring faktisk fører til forbedring. En slik tilnærming er illustrert i boks 6.1 Systematisk kvalitetsforbedring.

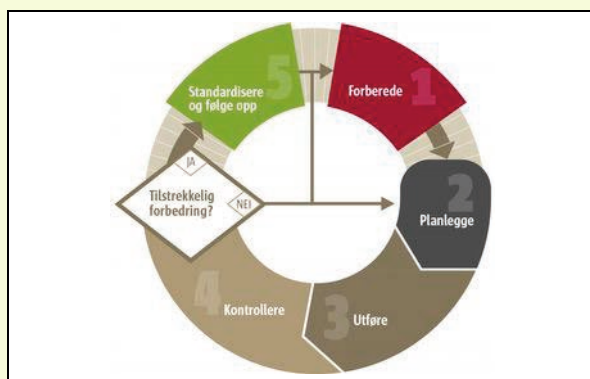
6.2.1 Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring

Mange av metodene for systematisk kvalitetsarbeid som har vært i bruk i helse- og omsorgstjenestene, tar utgangspunkt i mikrosystemtenkning. Et mikrosystem omfatter en avgrenset del av den utøvende virksomheten og består som regel av både fagpersoner og annet personell som arbeider sammen på regelmessig basis. Mikrosystemtenkningen legger til grunn at forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet skapes på grunnplanen, og at den samlede kvaliteten i organisasjonen ikke kan bli bedre enn summen av kvaliteten i alle mikrosystemene.

Prosessforbedringsmetoder har som mål å systematisere og forbedre kvaliteten, effektiviteten og pasientopplevelsen i ulike prosesser og forløp.

Gjennombruddsmetodikk – betegnelsen «gjennombrudd» viser til at det blir satt radikale mål, som igjen krever radikal og annerledes tenkning. Et brudd med gamle vaner og rutiner, defineres som et gjennombrudd. Gjennombruddsmetoden legger vekt på presise målformuleringer og dokumentasjon av målbare forbedringer. Legeforeningen har tatt initiativ til og organisert flere gjennombruddsprosjekter i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Disse er omtalt i kapittel 2 Status og utfordringer.

Boks 6.1 Systematisk kvalitetsforbedring



Figur 6.2

Det er utviklet en rekke metoder, verktøy og systematiske framgangsmåter som er nyttig for arbeidet med kvalitetsforbedring, og det finnes mange modeller som illustrerer systematisk forbedringsarbeid. Nasjonalt kunnskapssenter for

helsetjenesten har publisert en utvidet modell av «Demings sirkel» som på en forenklet måte viser hvordan systematisk styring og forbedringsarbeid kan brukes for å få til kontinuerlig forbedring i organisasjonen.

- Forberede: Vi erkjenner behovet for forbedring, klargjør kunnskapsgrunnlaget og forankrer forbedringsarbeidet.
- Planlegge: Vi setter mål for det vi ønsker å oppnå, kartlegger nåværende praksis og finner forbedringstiltak.
- Utføre: Vi gjør det vi har planlagt.
- Kontroller: Vi undersøker om det vi gjorde virket som vi ønsket.
- Standardisere og følge opp: Vi standardiserer ny praksis, sikrer videreføring og sprer forbedring.

Kilde: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Behandlingslinjer innebærer å beskrive, systematisere og standardisere behandlingen av en definert pasientgruppe for å optimalisere kvalitet og effektivitet.

Pasientfokusert redesign er en metode for å utvikle behandlingslinjer som innebærer at alle ledd i en behandlingsskjede blir gjennomgått fra pasientens ståsted, med mål om å utvikle tjenestene slik at de tillegg til faglig kvalitet og effektivitet gir bedre pasientopplevelse.

Lean metoden (Toyota modellen) er en metode for å optimalisere prosesser ved å ta bort det som er unyttig, og slik gjøre ting raskere og bedre. Organisasjoner som bruker denne metoden ønsker å skape en mer effektiv organisasjon gjennom å legge vekt på det som skaper verdi for pasienter og brukere.

6.2.2 Ledelse i kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid

Ledelsen er ansvarlig for virksomhetens mål, strategi, og styring, og for å sikre at tjenestene er sikre og gode. Å sikre en god og trygg pasientbehandling utgjør kjernen i styrenes og ledelsens overordnede ansvar. Styrene i helseforetakene og lederne i kommunen må sette kvalitet, læring og forbedring på agendaen på faste møter, og ledere og ansatte må sammen identifisere forbedringsområder for kvalitet og pasientsikkerhet og utvikle en kultur for læring.

For å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er det viktig at lokalpolitikere formulerer og følger opp mål for tjenesten. Mål for kvalitet bør innarbeides i planverket for kommunene. Ansvarlige ledere, både politisk og administrativt må følge opp faglige styringsparametre og sette kvalitet på dagsorden gjennom politisk behandling av kravene til kvalitet.

Styrke lederkompetanse i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid

Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender tilbyr konkrete tiltak for ledere. I regi av kampanjen blir pasientsikkerhetskultur og omfang av pasientskader kartlagt i den somatiske spesialisthelsetjenesten. Måling av pasientsikkerhetskultur og pasientskader gir toppladelsen informasjon om hvordan ansatte opplever at deres behandlingssikkerhet arbeider med å redusere risiko for pasientskade. Kartleggingene gir grunnlag for å kunne sette i verk målrettede tiltak.

Boks 6.2 Forbedring krever gode data og dedikert ledelse

Postoperative sårinfeksjoner er den type infeksjoner som bidrar mest til dødelighet, sykdom og kostnader på sykehusene. Effektivt smittevern starter med at ledelsen erkjenner ansvaret og har målbare tall å forholde seg til.

I 2006 og 2007 var forekomsten av kirurgiske sårinfeksjoner etter keisersnitt ved Bærum sykehus 17,4 prosent, mens landsgjennomsnitt var på 8 prosent. Ledelsen ved avdeling for gynekologi og fødselshjelp bestemte derfor at det skulle dannes et forbedringsteam som ble forankret i ledelsen. Etter studier av relevant litteratur og gjennom samtaler med ansatte, ble sju innsatsområder identifisert. Av disse var fem nye. Alle ble gjennomført samtidig fra august 2008. Til sammen ble 744 kvinner rekruttert til studien. Forekomsten av sårinfeksjoner etter keisersnitt ble redusert fra 17,4 prosent til 3,1 prosent i årene 2008–2010.

Erfaringene fra forbedringsteamet var at hyppig rapportering til ledelsen, regelmessige møter i teamet og målrettet informasjon til alle ansatte var viktige faktorer for suksess.

Basert på erfaringer fra andre lands kampanjer og pilotprosjekt ved Nordlandssykehuset HF og Sykehuset Østfold HF, har pasientsikkerhetskampanjen utarbeidet veiledere for ledelse av pasientsikkerhetsarbeidet. Veilederne handler om ledelse av pasientsikkerhet, tverrfaglige pasientsikkerhetsmøter og pasientsikkerhetsvisitter.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2011 de regionale helseforetakene i oppdrag å fastsette og forankre en nasjonal plattform for ledelse i helseforetakene. Kartleggingsarbeidet som ble gjort i forbindelse med lederplattformen viste at lederne, og særlig førstelinjelederne, etterlyste kompetanse på metodikk og prosessstøtte i forbedringsarbeidet. Som en oppfølging av lederplattformen, legges det opp til at alle de regionale helseforetakene skal stille krav om en videreutvikling og styrking av lederutviklingstiltak for førstelinjeledere. Hvert foretak skal ha en plan for hvordan nyansette førstelinjeledere blir tatt i mot, og plan for opplæring, videreutvikling, evaluering og oppfølging.

Ledelse er et av innsatsområdene i både Kompetanseløftet 2015 og Kompetanseplan rus og psykisk helse. Ledelsesutviklingsprosjektene Flink

Boks 6.3 Åtte prinsipper for gode omsorgstjenester

Helse- og omsorgsdepartementet har i samarbeid med KS, Norges sykepleierforbund, Fagforbundet, FO, Kirkens Bymisjon og Pensjonistforbundet utviklet åtte prinsipper for gode omsorgstjenester:

- Omsorgstjenesten bygger på et helhetlig menneskesyn
- Omsorgstjenesten er basert på medbestemmelse, respekt og verdighet
- Omsorgstjenesten er tilpasset brukernes individuelle behov
- Omsorgstjenestene skal vise respekt og omsorg for pårørende
- Omsorgstjenesten består av kompetente ledere og ansatte
- Omsorgstjenesten vektlegger helsefremmende aktivitet og forebyggende arbeid
- Omsorgstjenesten er fleksibel, forutsigbar og tilbyr koordinerte og helhetlige tjenester
- Omsorgstjenesten er lærende, innovativ og nyskapende

Prinsippene skal stimulere til lokalt kvalitetsarbeid til beste for den enkelte bruker, og fungere som inspirasjon til refleksjon og kulturbygging i omsorgstjenestene. For hvert prinsipp skal virksomheten reflektere over 1) hva dette betyr for dem og 2) når de vet at de har lyktes.

med folk og Flink med folk i første rekke har vært gjennomført i samarbeid med KS og blir avsluttet i 2012. Prosjektet er ett av flere tiltak i kvalitetsavtalen mellom regjeringen og KS.

Helse- og omsorgsdepartementet vil i samarbeid med KS vurdere om videre satsing på ledelse skal innrettes mot å bygge opp kunnskap og kompetanse på løpende og systematisk kvalitet og pasientsikkerhetsarbeid hos ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil være et viktig tiltak for å støtte kommunesektoren i det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Heltid, deltid og bruk av vikarer

Helse- og omsorgstjenestene, særlig den kommunale delen av tjenestene, er preget av utstrakt bruk av deltid. Om lag totredjedeler av sysselsatte

i den kommunale omsorgstjenesten arbeider deltid. I spesialisthelsetjenesten arbeider mellom 30 og 35 prosent av de ansatte deltid.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) slo regjeringen fast at heltid skal være normen og at det skal settes i verk tiltak for å redusere bruk av midlertidige ansettelser og vikariater. I 2011 ba derfor Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene som hovedregel å bruke faste stillinger og redusere bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et minimum. Helseforetakene har samarbeidet med arbeidstakerorganisasjonene og de tillitsvalgte om tiltak og prosjekter som har ført til at andelen deltid for fast ansatte i helseforetakene har blitt redusert.

Stabile miljøer med lav turnover og stor andel fast ansatte i heltidsstillinger fremmer kompetanse, kvalitet og pasientsikkerhet. Virksomhetene må ha gode rutiner for opplæring uavhengig av om den ansatte arbeider i heltidsstilling, deltidstilling, er vikar, eller jobber på dagtid, kveld eller på natt. Det kreves god planlegging og god ledelse for å sikre at alle ansatte har fått tilstrekkelig opplæring i rutiner, retningslinjer og utstyr på en måte som sikrer enhetlig og forsvarlig praksis.

Det er lite forskningsbasert kunnskap om sammenhengen mellom heltid, deltid og bruk av vikarer og konsekvenser for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er også begrenset kunnskap om når på døgnet det skjer flest uønskede hendelser. Meldinger om uønskede hendelser til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten skal inneholde data om når hendelsene inntreffer, og vil på sikt gi mer kunnskap om dette.

Utlevering av taushetsbelagte opplysninger i lærings- og kvalitetsøyemed

Helsepersonellovens taushetspliktbestemmelser setter strenge rammer for helsepersonells adgang til å utlevere taushetsbelagt informasjon til personell som ikke selv skal medvirke i videre ytelse av helsehjelp. Ut fra en lærings- eller kvalitetstankegang kan en slik streng regulering ha enkelte uheldige utslag.

Et eksempel på dette er ambulanspersonell som har fraktet en pasient til sykehus og i etterkant ønsker å få bekreftet om de helsefaglige vurderingene som ble gjort, eller om behandlingstiltakene som ble satt i gang, var korrekte. Etter gjeldende lovregulering har sykehusets helsepersonell bare i begrenset utstrekning adgang til å utlevere slike opplysninger.

Et annet eksempel er legevaktleger eller personell som jobber i sykehusenes akuttmedisinske mottak. De

fleste pasienter som mottas i akuttmottak vil etter undersøkelse og vurdering bli videresendt til relevant sykehusavdeling. Legevaktlegen eller personalet i akuttmottaket vil ofte ha behov for å få bekreftet om vurderinger og behandlingstiltak som ble foretatt var korrekte. I disse tilfellene vil det være begrenset adgang til å utlevere opplysninger fordi helsepersonellet ikke medvirker i den videre behandlingen av pasienten.

Helse og omsorgsdepartementet har sendt forslag til endringer i helsepersonelloven på høring i november 2012. Departementet foreslår i høringsnotatet en begrenset adgang til å utlevere taushetsbelagte opplysninger i lærings- og kvalitetsøymed.

6.3 Nasjonalt program for pasientsikkerhet

Regjeringen vil etablere et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet. Målet for programmet er å redusere antall pasientskader og sikre trygge tjenester. Programmet skal bygge på tiltak og erfaringer fra pasientsikkerhetskampanjen og internasjonale anbefalinger.

Satsingsområder framover

Programmet skal legge vekt på å gjennomføre og forankre tiltakene i tjenesten, og på å styrke kompetansen på forbedringsarbeid. Kommuneperspektivet skal videreutvikles. Det skal utvikles konkrete mål for programmet. Konkretisering av innhold og omfang skal skje i samarbeid med ansvarlige aktører i helse- og omsorgstjenesten.

Gjennomføring og forankring av forbedringsarbeid tar tid. Det vil være behov for å følge opp tiltakspakkene fra pasientsikkerhetskampanjen for å sikre god forankring i tjenesten. Erfaringene fra kampanjen har vist at det er behov for å styrke kompetansen i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet for ledere og personell. Programmet skal videreutvikle tiltak rettet mot disse gruppene. Pasienter, brukere og pårørende er viktige ressurser i arbeid med pasientsikkerhet, og brukermedvirkning skal inkluderes i programmet. Det skal vurderes å opprette et nettverk av pasientambasadorer.

I andre land har kampanjer og program i hovedsak vært rettet mot spesialisthelsetjenesten. Kommunenes deltakelse i den norske pasientsikkerhetskampanjen er et nybrottsarbeid i internasjonal sammenheng som skal utvikles videre i det nasjonale programmet. Den nye meldeordningen

Boks 6.4 Pasientsikkerhetskampanjen – Trygg kirurgi

Pasientsikkerhetskampanjen har utarbeidet tiltakspakke for trygg kirurgi, med særskilt oppmerksomhet mot postoperative sårinfeksjoner. Kirurgisk behandling redder liv og opprettholder funksjon og livskvalitet for pasienter. Operasjoner er imidlertid forbundet med fare for komplikasjoner som for eksempel infeksjoner. Infeksjoner medfører økt sykkelighet og dødelighet. Postoperative sårinfeksjoner er én av de tre vanligste, helsetjenesteervertete infeksjonene.

Målet i kampanjen er at alle kirurgiske enheter skal innføre tiltak for trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner i løpet av 2012. Det er et mål at sjekklisten for trygg kirurgi, utarbeidet av Verdens helseorganisasjon, skal benyttes ved alle relevante operasjoner slik at det blir færre infeksjoner.

Det er gjennomført tre samlinger i læringsnettverk og nesten alle helseforetak har deltatt. Erfaringer fra læringsnettverkene viser at tiltakspakkene bidrar til at ansatte er mer opp-tatt av infeksjoner enn tidligere, teamarbeid på operasjonsstua har blitt bedre og det er flere tverrfaglige diskusjoner om temaet.

for uønskede hendelser i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vil gi nyttig kunnskap om mulige satsingsområder i spesialisthelsetjenesten.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid skal være en del av hverdagen til ansatte og ledere i helse- og omsorgstjenesten, og en del av de ordinære arbeidsrutinene. Et sentralt mål er å sikre at tiltakene i programmet tas i bruk i det daglige arbeidet i tjenesten, og er forankret hos ledelsen på alle nivå. Programmet skal knyttes tett opp mot eksisterende virkemidler for å sikre god integrering i helse- og omsorgstjenesten. Pasientsikkerhetsprogrammet må ses i sammenheng med arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer, retningslinjer og veiledere. Måling av resultater bør i størst mulig grad integreres i eksisterende helse- og kvalitetsregistre.

Organisering

Programmet vil videreføre pasientsikkerhetskampanjens organisering med en bredt sammensatt styringsgruppe og et sekretariat i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Organiseringen

Boks 6.5 Riktig legemiddelbruk i sykehjem

Riktig legemiddelbruk i sykehjem er ett av innsatsområdene i pasientsikkerhetskampanjen. Målet er å redusere komplikasjoner ved legemiddelbehandling i sykehjem. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold har vært pilot for innsatsområdet, og har etablert rutiner for:

1. strukturerte legemiddelgjennomganger ved innkomst, halvårs- og årskonroller
2. et eget registreringsark i legejournalen i tilknytning til legemiddelgjennomgangene
3. legemiddelrelaterte pleieplaner innen 24 timer etter endring i forskrivning
4. tverrfaglige kasusmøter og farmasøytundervisning i avdelingene

Legemiddelgjennomgangene ble gjennomført av tverrfaglig team. Mange av pasientene i piloten (76 prosent) endret legemiddelbruken, enten ved at de sluttet å ta en medisin, ble satt på en ny medisin eller fikk endret dosering.

Gjennomgangen har også ført til økt pasientsikkerhet på andre områder:

- Bedre legemiddellister og bedre diagnoselister
- Dokumentasjon i pasientjournal har høyere kvalitet
- Bedre dokumentasjon og oppfølging av legemiddelbruk, både for lege og sykepleier
- Økt kunnskap om sykdommen til pasienten
- Økt kunnskap og bevissthet om riktig bruk av legemidler til eldre
- Mer objektive målinger
- Bedre tverrfaglig samarbeid, tettere kontakt med farmasøyt
- Tettere dialog med pasienter og pårørende om legemidler

Kampanjen har arrangert tre læringsnettverksamlinger for utviklingssykehjem. Utviklingssykehjemmene skal nå bidra med å spre tiltakene til sykehjem over hele landet.

sikrer ledelsesforankring og bidrar til framdrift og felles vilje til innsats. Styringsgruppen har ansvar for å utvikle programmet og beslutte mål og innsatsområder. Styringsgruppen skal ledes av direktøren i Helsedirektoratet. Medlemmer skal fortsatt være administrerende direktører i de regionale helseforetakene, Nasjonalt folkehelseinstitutt og Legemiddelverket. Legeforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og Funksjonshemmedes felles organisasjon (FFO) vil bli invitert til å delta. Det må sikres tilstrekkelig representasjon fra kommunesektoren, både fra KS og fra administrativt ledernivå i kommunene. Det faglige arbeidet og den nasjonale koordineringen skal fortsatt ivaretas av et eget sekretariat i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

6.4 Virkemidler for å redusere uønsket variasjon

I helse- og omsorgstjenestene har det tradisjonelt vært en individorientert kultur der den enkelte helse- og omsorgsarbeider har hatt stor grad av faglig autonomi. I særlig grad gjelder dette legene. Utviklingen av ny teknologi, økt kompleksitet og spesialisering, og større krav til sikkerhet er med på å utfordre denne autonomien. Kompleksitet og spesialisering skaper behov for team-

arbeid og standardisering. For det første fordi behandlingen av en enkelt pasient i mange tilfeller krever samarbeid mellom et stort antall fagpersoner. For det andre skjer kunnskapsutviklingen så raskt at det er umulig for en enkelte fagperson å ha full oversikt over ny kunnskap. For det tredje gjør kompleksiteten det er nødvendig med rutiner og sjekklister for å sikre oversikt og for å unngå at viktige elementer blir glemt.

Selv om variasjon i praksis kan være en utfordring for kvaliteten, er ikke all variasjon uønsket. Behandling og omsorg må ta hensyn til at pasienter og brukere er individer med forskjellige behov og preferanser. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er virkemidler for å redusere uønsket variasjon og heve kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Retningslinjer og veiledere skal også bidra til riktige prioriteringer, løse samhandlingsutfordringer og bidra til helhetlige pasientforløp.

Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere som understøtter målene for helse- og omsorgstjenesten. Nasjonale faglige retningslinjer er ikke juridisk bindende, men gir føringer for hva som anses som god praksis på et gitt tidspunkt. Retningslinjene skal bygge på et oppdatert, systematisk gjennomarbeidet og dokumentert kunnskapsgrunnlag.

Boks 6.6 Veileder i ernæringsarbeid og faglige retningslinjer om underernæring

Helsedirektoratet har i 2012 utgitt Kosthåndboken som er en veileder for ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Kosthåndboken understreker betydningen av å kartlegge og følge opp ernæringsstatus, og gir oppdaterte anbefalinger om kostholdshensyn og ernæringsbehandling. Målgruppen er ledere, kjøkken- og helsepersonell som arbeider med pasienter og brukere i hele helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har også utgitt en nasjonal faglig retningslinje om å forebygge og behandle underernæring. I følge retningslinjen skal ernæringsstatus alltid dokumenteres. Slik dokumentasjon er en nødvendig del av et klinisk undersøkelses- og behandlingstilbud og vurderingen og eventuell oppfølging skal framgå av pasientjournalen. Retningslinjen inneholder kriterier for bruk av underernæringsdiagnoser og forslag til hvilke kvalitetsindikatorer som kan være egnet på ernæringsområdet.

Veilederen og retningslinjen er tilgjengelige på:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kosthandboken-veileder-i-ernæringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/Sider/default.aspx>

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernæring/Sider/default.aspx>

Nasjonale veiledere utarbeides når det er behov for råd til tjenesten innen et viktig område. Kravet til kunnskapsgrunnlag er mindre strengt enn til en retningslinje. Faglige retningslinjer inneholder anbefalinger for utredning, behandling og oppfølging av definerte pasientgrupper, mens veiledere gir anbefalinger om organisering, tilrettelegging og videreutvikling av tjenester, gjerne knyttet til gjennomføring av nasjonale handlingsplaner, strategier eller nasjonale satsingsområder. Veiledere utgis også for å gi anbefalinger knyttet til praktisering av lover og forskrifter.

Helsedirektoratet har til nå utgitt omtrent 50 nasjonale faglige retningslinjer som blant annet omfatter forebyggende virksomhet som svangerskapsomsorg og røykeavvenning, underernæring, behandling av psykiske lidelser og rusmiddelav-

hengighet, handlingsprogrammer med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av flere typer kreftsykdommer, og tannhelse. Helsedirektoratet har utgitt langt flere veiledere med et vidt spenn av tema. Eksempler på veiledere er prioriteringsveilederne, veileder om legemiddelgjennomgang, veileder om personvern og informasjonssikkerhet og veileder i ernæringsarbeid.

En ny faglig retningslinje for behandling av blodpropp er under arbeid. Nye kostbare legemidler er nylig introdusert på markedet og det er nødvendig med anbefalinger for å sikre trygg og effektiv behandling. Arbeidet med retningslinjen tar utgangspunkt i et pågående internasjonalt forskningsprogram og blir tilpasset norske forhold gjennom et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Legemiddelverket, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og en rekke nasjonale eksperter. Retningslinjene vil bli gjort tilgjengelig gjennom legens elektroniske pasientjournal og publisert på internett som applikasjoner for smarttelefon og lesebrett. Det skal også utvikles brukerstøtteverktøy med informasjon om de ulike behandlingsvalgene.

Et bedre system for utvikling av faglige retningslinjer

Selv om det er publisert en rekke retningslinjer, er det fortsatt utfordringer knyttet til utviklingen av disse. Det er behov for klare kriterier for når det bør lages nasjonale retningslinjer, og når det er mer hensiktsmessig med lokale retningslinjer, standarder eller anbefalte fagprosedyrer. Det er behov for å sikre at utviklingsarbeidet har rask nok framdrift, og at retningslinjene oppdateres hyppig. Anbefalingene må vurderes opp mot tilgjengelige ressurser for å sikre at de ikke får uønskede konsekvenser for annen nødvendig aktivitet. Det er behov for å sikre en enda mer inkluderende prosess i utviklingsarbeidet slik at fagmiljøer og brukere oppfatter retningslinjer og veiledere som relevante. Prosessen bør være åpen, også underveis, slik at ulike aktører kan komme med innspill, gjerne på en nettside. Det er også behov for å gjøre retningslinjearbeidet mer brukerorientert. Videre er det utfordringer i å gjøre nasjonale faglige retningslinjer kjent og tatt i bruk i tjenesten.

Helsedirektoratet har hatt på høring et utkast til veileder for arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer. Arbeidet vil bli ferdigstilt i 2012. Helsedirektoratets veileder gir et godt grunnlag for det videre arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer. Direktoratet angir kriterier for å velge ut områder for nye faglige retningslinjer, og anbe-

falinger knyttet til prosessen for utvikling, implementering og oppdatering av retningslinjene. Det vises til at retningslinjearbeid er tid- og ressurskrevende prosesser, og at det derfor er nødvendig med en tydelig prioritering av områder for utvikling av nye retningslinjer. Veilederen framhever at det er behov for å vurdere om internasjonale retningslinjer kan tilpasses norske forhold før det settes i gang et arbeid med å utforme en retningslinje fra grunnen av. Brukerperspektivet og brukerorientering av retningslinjearbeidet er tydeliggjort i veilederen. Det samme er behovet for å gjøre økonomiske vurderinger. Veilederen kan imidlertid bli noe tydeligere på hvordan arbeidet kan forankres bredt underveis i utviklingsprosessen, ikke bare i høringsrunden. Spesielt bør det vektlegges at arbeidet er godt forankret hos de som får et hovedansvar for gjennomføring, som regionale helseforetak, helseforetak i kommunene og KS.

Implementering av retningslinjer og veiledere

Det er nødvendig å videreutvikle systemene for å sikre at nasjonale faglige retningslinjer og veiledere tas i bruk i tjenesten. Flere virkemidler må tas i bruk:

- For å kunne måle om en retningslinje fører til ønsket endring i praksis, er det nødvendig å utvikle gode indikatorer, både prosess- og resultatindikatorer. Arbeidet med å utvikle indikatorer bør gå parallelt med retningslinjearbeidet.
- Det bør utvikles pasient- og brukerversjoner av retningslinjer. Pasienter og brukere kan være viktige pådrivere for at retningslinjer tas i bruk.
- Det bør utarbeides en kommunikasjonsstrategi for nye retningslinjer for å skape oppmerksomhet i fagmiljøer og i befolkningen.
- Nasjonale kompetansetjenester og kompetansesentres rolle i å spre kompetanse og implementere retningslinjer og veiledere gjennom tilgjengelige nettverk og arenaer må tydeliggjøres.
- Retningslinjene må være oppdatert og lett tilgjengelig i elektronisk form for ansatte og brukere, gjerne på smarttelefoner, lesebrett og liknende.
- Ledere må gjennom styringsdialogen få krav om at retningslinjer og veiledere tas i bruk i tjenestene.
- Ledere bør lage en plan for gjennomføring av retningslinjer og følge den opp.

- Virksomhetene bør utpeke personer som skal være pådrivere for gjennomføring i tett kontakt med aktuelle fagmiljøer.
- Det bør utvikles beslutningsstøtteverktøy for retningslinjer, helst integrert i elektronisk pasientjournal, for eksempel som påminnelser.

Brukerorientering i retningslinjearbeidet

I mange tilfeller er resultatet av behandlingen avhengig av pasientenes egen oppfølging. Det er derfor viktig å involvere brukere aktivt i prosessen med å utarbeide retningslinjer, og det bør lages brukerversjoner, gjerne også brukerapplikasjoner for smarttelefoner og liknende. Helsedirektoratet har for eksempel i samarbeid med Diabetesforbundet gitt ut en brukerversjon av de nasjonale retningslinjene for diabetes. Retningslinjene må anerkjenne og ta hensyn til pasient- og brukerpreferanser. Selv om anbefalingene i retningslinjene bygger på kunnskapsoppsummeringer, vil det ofte være mer enn ett mulig valg for forebygging, behandling og/eller oppfølging, og helst bør oppsummert kunnskap om pasientpreferanser være en del av grunnlaget for retningslinjen. Hva som blir det rette valg for den enkelte pasient vil være avhengig av pasienten/brukerens verdier og livssituasjon. Pasienten bør derfor sammen med behandler kunne gjøre valg innenfor det handlingsrommet som er trukket opp i retningslinjene. Det bør utvikles beslutningsstøtteverktøy for pasienter for å støtte dem i valg mellom ulike behandlingsoalternativer.

Andre metoder for å redusere uønsket variasjon

I tillegg til nasjonale faglige retningslinjer og veiledere kan standarder, fagprosedyrer, kvalitetsforbedringsprosjekter og konsensusprosesser bidra til reduksjon av uønsket variasjon.

En standard beskriver et produkt, en tjeneste, et system, en arbeidsprosess eller deler av disse. Mange land bruker standarder for å stille kvalitetskrav til helse- og omsorgstjenesten.

Fagprosedyrer er detaljerte prosedyrer for hvordan helse- og omsorgspersonell bør utføre avgrensede oppgaver som for eksempel blodprøvetaking og sårstell. Fagprosedyrer er viktige verktøy for å heve kvalitet og redusere uønsket variasjon. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har etablert et nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Det stilles krav om at prosedyrene er kunnskapsbaserte. Foreløpig deltar 16 helseforetak og to kommuner i nettverket og har forpliktet

Boks 6.7 Vent og se-resept for å redusere unødvendig antibiotikabruk

«Vent og se-resept» er en resept på antibiotika som pasienten får sammen med en muntlig og/eller skriftlig oppfordring:

«Vent i noen dager med å hente ut resepten. Hvis du har blitt bedre i ventetiden, trenger du ikke å starte med antibiotika. Da har kroppen ordnet opp med sykdommen på egen hånd. Hvis du ikke har blitt bedre, er det mulig antibiotika kan hjelpe deg med å bli frisk, så da kan du hente ut resepten og begynne med medisinen.»

Resepten kan brukes:

- Ved alle typer øvre luftveisinfeksjoner der legen mistenker en bakteriell årsak
- Når legen har bestemt seg for å forskrive antibiotika, men symptomene er milde eller kan være forbigående
- Når legen har bestemt seg for å skrive ut antibiotika, for eksempel etter press fra pasienten, men er usikker på om det er nødvendig
- Når legen er usikker på om det er behov for antibiotika og det ikke er praktisk mulig å følge sykdomsutviklingen

Pasienten må få informasjon om å ta ny kontakt med lege ved klar forverring av tilstanden i venteperioden.

Se nærmere omtale i Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. Retningslinjen inneholder råd som skal bidra til å begrense totalforbruket av antibiotika og bruken av smalspektrede antibiotika mest mulig. Retningslinjen er tilgjengelig på:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-antibiotikabruk-i-primærhelsetjenesten/Sider/default.aspx>

seg til å bidra med to kunnskapsbaserte fagprosedyrer per år. Prosedyrene legges ut på nettsiden www.fagprosedyrer.no.

Kvalitetsforbedringsmetoder som gjennombruddsprosjekter og utvikling av behandlingslinjer bidrar også til reduksjon av uønsket variasjon.

I mange situasjoner må det tas valg om behandling eller oppfølging på områder hvor det ikke finnes sikker kunnskap om hva som har best effekt. I slike situasjoner kan for eksempel konsensusprosesser der grupper av fagpersoner møtes for å utveksle erfaringer og beste skjønn, legges til grunn for anbefalinger om praksis. Anbefalingene bør så langt det er mulig være kunnskapsbaserte og følges opp med forskning og måling av resultater. Det vises til kapittel 8 Mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder.

6.5 Helsebiblioteket

Helse- og omsorgspersonell i alle deler av tjenesten må ha tilgang til kvalitetssikret kunnskap før, under og etter pasientmøtet, slik at beslutningene blir best mulig for pasientene. Tilgangen til faglitteratur og tidsskrifter har vært størst ved universitetssykehusene på grunn av tilgang gjennom universitetene, mer begrenset ved andre sykehus, og mangelfull i kommunehelsetjenesten og tannhelsetjenesten.

Helsebiblioteket ble etablert i 2006, og er en offentlig, nettbasert kunnskapstjeneste for alle grupper helse- og omsorgspersonell. Nettstedet er godt etablert som en omfattende og viktig kunnskapsressurs for hele helsetjenesten og for studenter innenfor medisin- og helsefag. Formålet med Helsebiblioteket.no er å bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene ved å tilby helsepersonell fri tilgang til nyttig og pålitelig kunnskap. Tjenesten gir blant annet tilgang til medisinske tidsskrifter, store medisinske oppslagsverk, de største databasene innen medisin og helsefag, retningslinjer, prosedyrer, oppsummert forskning og emnebibliotek for ulike temaer. Mye av innholdet er frikjøpt for hele befolkningen i tråd med åpenhetsprinsippet i den norske helsetjenesten. Noe innhold er bare åpent for helsepersonell og forutsetter IP-regulert tilgang fra arbeidsstedet, eller individuell innlogging.

Helsebiblioteket ble kåret til Årets bibliotek for 2011. Prisen deles ut av Norsk bibliotekforening og Helsebiblioteket vant prisen i konkurranse med alle andre norske bibliotek – både fag- og folkebibliotek.

Helsebiblioteket formidler hovedsakelig andres innhold, enten det kommer fra store internasjonale forlag og leverandører, eller fra nasjonale institusjoner og fagmiljøer. Dette hjelper den enkelte helsearbeider eller student å finne pålitel-

lig informasjon som grunnlag for god og oppdatert pasientbehandling.

Eksempler på innhold i Helsebiblioteket er:

- Ca. 3000 tidsskrifter innenfor de fleste spesialiteter
- De største medisinske databasene innen medisin- og helsefag
- Oppslagsverkene Best Practice og UpToDate
- Behandlingsanbefalinger fra Giftinformasjonen til helsepersonell
- Legevakhåndboken i online nettutgave og som offline mobilversjon
- Oppslagsverket «Telefonråd» for medarbeidere ved legekontor og legevakt
- Et omfattende emnebibliotek for psykisk helse som også inkluderer skåringsverktøy
- Emnebibliotek om legemidler
- Tidsskrifter og annet innhold for fysioterapeuter
- Retningslinjedatabasen som samler norske retningslinjer innen alle fagfelt
- Et eget emnebibliotek om kvalitetsforbedring (verktøy, metoder etc)

Siden nettstedet ble lansert i 2006 har det vokst, både i omfang og popularitet. Bruksstatistikken på nettsiden har økt jevnt siden lanseringen, og ligger på om lag 75 000 besøkende i gjennomsnitt per måned. Helsebiblioteket.no driftes i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Som oppfølging av samhandlingsreformen har det fra mange hold vært etterspurt et oppslagsverk for hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Et slikt oppslagverk kan etableres gjennom å videreutvikle tilgjengelige oppslagsverk, eventuelt etablere et nytt.

Boks 6.8 Norsk elektronisk legehåndbok

Norsk Elektronisk Legehåndbok er et medisinsk oppslagsverk for leger og annet helsepersonell. Legehåndboken oppdateres fortløpende og kvalitetssikres av nærmere 200 fagpersoner fra primærhelsetjenesten, sykehuse og universitetene.

I dag inneholder håndboken om lag 7000 artikler som omtaler store deler av det medisinske fagfeltet, med kildehenvisninger. I 2008 ble det inngått en avtale med Danske Regioner, og Lægehåndbogen er nå nasjonalt oppslagsverk i Danmark. Håndboken oversettes også til svensk.

6.6 Læringsnettverk og arenaer for kvalitet og pasientsikkerhet

Læringsnettverk er et av verktøyene som blir tatt i bruk av mange fagmiljø for å spre kunnskap og forbedre kvaliteten på tjenestene. Slike læringsnettverk har blitt brukt i forbindelse de to opptrappingsplanene for rusfeltet og psykisk helsevern, og det brukes i pasientsikkerhetskampanjen for å implementere tiltakspakkene. Læringsnettverk innebærer felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjort en oppsummering av kunnskap og erfaring med læringsnettverk. Oppsummeringen viser at leder- og medarbeiderforankring, en organisasjonskultur som fremmer forbedringsarbeid og tilgang til nøyaktige og komplette data om egne tjenester er suksesskriterier som må ivaretas hvis læringsnettverk skal bidra til kvalitetsfor-

Boks 6.9 Samarbeid om etisk kompetanseheving

Regjeringen har i samarbeid med KS, yrkesorganisasjonene og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo satt i verk prosjektet Samarbeid om etisk kompetanseheving. Prosjektet er forankret i St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer og i avtalen om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene.

Prosjektet skal bidra til å styrke den etiske kompetansen blant ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nærmere 200 kommuner deltar i prosjektet. Gjennom prosjektet stimuleres kommunene til å drive et systematisk praktisk etikkarbeid som styrker brukerens opplevelse av at verdighet og integritet ivaretas i møte med helse- og omsorgstjenesten.

Erfaringene viser at kommunene har etablert ulike møteplasser for systematisk etisk refleksjon og forankret etikksatsingen i kommunens administrative ledelse. Det er utviklet metodebok og e-læringsverktøy i etisk refleksjonsarbeid. Etisk refleksjon satt i system bidrar til å bedre ansattes arbeidshverdag, samarbeid med kollegaer og utøvelsen av tjenesten. Ansatte blir mer bevisste i måten de snakker på overfor kollegaer, brukere og pårørende.

bedring. På bakgrunn av oppsummeringen er Kunnskapssenteret i ferd med å utvikle en elektronisk håndbok for planlegging og gjennomføring av læringsnettverk.

Helse- og omsorgsdepartementet skal videreutvikle og systematisere tiltak og virkemidler for å støtte kommunene i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Som del av dette arbeidet vil bruk av læringsnettverk for spredning og implementering av kunnskap være et viktig virkemiddel. Nettverkene bør bygge videre på dagens forvaltningsstrukturer. De må ses i sammenheng med både arbeidet med forbedring av pasientforløp og det nasjonale programmet for pasientsikkerhet.

Effektiviseringsnettverkene i kommunene

Effektiviseringsnettverkene ble etablert i regi av KS i samarbeid med Kommunal- og regionaldepartementet som et ledd i den første kvalitetsavtalen. 170 kommuner deltar hvert år i effektiviseringsnettverkene. Effektiviseringsnettverkene skal sette kommunene i bedre stand til å drive eget utviklingsarbeid for økt kvalitet, fornyelse og effektivisering av tjenestene. Dette gjøres gjennom å skaffe relevante styringsdata, foreta systematiske sammenlikninger og utveksle kunnskap

Boks 6.10 Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn arbeider for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap. Målet er at alle som er involvert i legemiddelbehandling til barn skal ha tilgang til nødvendig kunnskap.

Nettverket består av leger, sykepleiere og farmasøyter. Primærhelsetjenesten og alle landets regionale helseforetak er representert i nettverket. Det er opprettet utvalg for legemidler til barn ved alle landets barneavdelinger.

Nettverket får driftsmidler over statsbudsjettet til arbeid med pasientsikkerhet, kompetanseheving, kunnskapsformidling og vitenskapelig arbeid. I budsjettframlegget for 2013 er tildelingen foreslått styrket med midler til å opprette et sekretariat for et forskningsnettverk for legemidler til bruk hos barn.

For mer informasjon se <http://www.legemidlertilbarn.no>

og erfaringer. Kommunene utarbeider tjenesteanalyser der praktisk bruk av styringsdata sammen med erfaringsutbytte, brukes som grunnlag for å foreslå endringer og forbedre tjenesteproduksjonen. Nettverkene vurderer kvaliteten med utgangspunkt i data om brukernes og medarbeidernes synspunkter på tjenestene. I tillegg skal utvikling av objektive kvalitetsindikatorer utprøves og testes på flere fagområder. Ny kunnskap skal bidra til forbedring av kommunenes tjenesteproduksjon gjennom omdisponering av ressurser og etablering av nye samarbeidsformer.

Kompetansesentre- og tjenester

Det er etablert en rekke nasjonale og regionale kompetansesentre eller kompetansetjenester i helse- og omsorgstjenesten. Sentrene er opprettet for å styrke kunnskapssvake områder. Viktige oppgaver er å bygge opp og formidle kompetanse gjennom forskning, veiledning, kunnskaps- og kompetansespredning til helse- og omsorgstjenesten, andre tjenesteytere og brukere. I spesialisthelsetjenesten er det etablert et eget styringssystem

Boks 6.11 Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester er en nasjonal satsing som skal bidra til gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Hensikten med satsingen er å stimulere til forpliktende samarbeid på tvers av utdanningsinstitusjoner, kommune, fylkesmann og stat, støtte gode lokale initiativ til kvalitetsforbedring og å stimulere til erfaringsutveksling og kunnskapsdeling på tvers av kommunene i fylket og nasjonalt.

I hvert fylke finnes det to utviklingssentre, ett utviklingssenter for sykehjem og ett utviklingssenter for hjemmetjenester. Formålet med utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester er å være pådriver for kunnskap og kvalitet i sykehjem og hjemmetjenester i fylket.

Arbeidet i sentrene har resultert i en rekke rapporter og forskningsprosjekter innen områder som demens, ernæring og tannhelse, legemiddelbruk, hjemmebesøk og fallulykker, lindrende behandling, psykisk helse og innen rusfeltet.

Kilde: <http://www.utviklingssenter.no>

tem for de nasjonale tjenestene, se omtale i kapittel 2 Status og utfordringer. I den kommunale helse- og omsorgssektoren er det etablert sentre blant annet innen allmenntjenestene, omsorgstjenester, psykisk helse og rusfeltet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomgå kompetansesentrene med annen forankring enn de regionale helseforetakene. Gjennom etablering av nettverk mellom fagmiljøene, er kompetansemiljøene viktige aktører for å drive kvalitetsutvikling i tjenestene. Det er et potensial for å styrke de faglige nettverkens rolle i kvalitetsutvikling.

6.7 Et bedre system for melding og oppfølging av uønskede hendelser

Meldeordninger for uønskede hendelser er kanskje det mest utbredte virkemidlet for bedre pasientsikkerhet. Internasjonal kunnskap, anbefalinger fra Europarådet, EU og retningslinjer fra Verdens helseorganisasjon anbefaler å etablere meldesystemer med læring som formål. Den som melder skal være trygg på at det å melde ikke innebærer straff. Meldesystemet må derfor skilles fra systemer som innebærer straff eller sanksjoner for organisasjoner og ansatte. Videre må den som melder oppleve det nyttig å melde. I dette ligger både at det skal være enkelt å melde uønskede hendelser og at den som melder får tilbakemelding om hvordan hendelsen følges opp og ser at det å melde fører til forbedring.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2009 en kartlegging av pasientsikkerhet i norske sykehus. Kartleggingen viste at innføring av elektronisk meldesystem lokalt har ført til flere meldte hendelser. Meldingene blir imidlertid i liten grad analysert og helseforetakene mangler kompetanse på hendelsesanalyse.

I juli 2012 overtok Kunnskapssenteret forvaltningen av den lovpålagte meldeplikten for spesialisthelsetjenesten. Hendelsene som skal meldes til Kunnskapssenteret er de samme som tidligere ble meldt til helsetilsynet i fylket (i dag fylkesmannen). Ordningen er et rapporterings- og lærings-system der meldingene skal brukes til å kartlegge og analysere risiko og årsaker til at skader oppstår. Ordningen har et systemperspektiv. Det innebærer at Kunnskapssenteret legger vekt på om virksomhetene har systemer som fanger opp feil før de får fatale konsekvenser i oppfølgingen av hendelsene. Formålet er å forebygge framtidig skade.

Etter tre måneders drift har Kunnskapssenteret mottatt om lag 1300 meldinger, og det har vært

en økning i antall meldinger. En foreløpig analyse viser at svikt i kommunikasjon, manglende kontrolltiltak og svikt i eller mangelfulle prosedyrer og retningslinjer var blant de mest vanlige årsakene. Nærmere analyser kan etter hvert gi mer kunnskap om årsaker til uønskede hendelser. For eksempel om kommunikasjonssvikt skyldes språkutfordringer, mangelfull informasjon, kulturelle barrierer eller andre forhold.

Meldingene til Kunnskapssenteret kan i seg selv ikke brukes som grunnlag for å reise tilsyns- eller straffesak mot den som har meldt om hendelsen eller andre involverte. Meldeplikten er ment å støtte helseinstitusjonenes arbeid med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er helseinstitusjonene som har ansvar for å gjennomgå og analysere uønskede hendelser og iverksette tiltak for å redusere risikoen for nye hendelser. Kunnskapssenteret kan gjennom dialog og tilbakemeldinger understøtte helsetjenestenes egen håndtering av hendelsene. Kunnskapssenteret skal i tillegg sammenstille kunnskap om risikoområder og årsaker til svikt, og formidle dette til tjenesten og myndighetene.

Videreutvikling av meldeordningen

Meldeordningen til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten omfatter foreløpig kun spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonens rapport fra 2009 viser at det fremdeles en klar underrapportering av avvik i kommunene selv om de har fått på plass systemer for å melde feil.

Ved innføring av den lovpålagte meldeplikten for spesialisthelsetjenesten til Kunnskapssenteret, foreslo flere høringsinstanser å innføre meldeplikt for kommunene. Høringsnotatet innholdt også en drøfting av behovet for å endre meldekriteriene, herunder om det kan være aktuelt å fjerne dagens avgrensning mot «betydelig» skade og skader innenfor påregnelig risiko eller påregnelige komplikasjoner. Lovforslaget konkluderte imidlertid med at ordningen med meldinger til Kunnskapssenteret bør virke en tid før det vurderes å inkludere kommunene eller endre meldekriteriene.

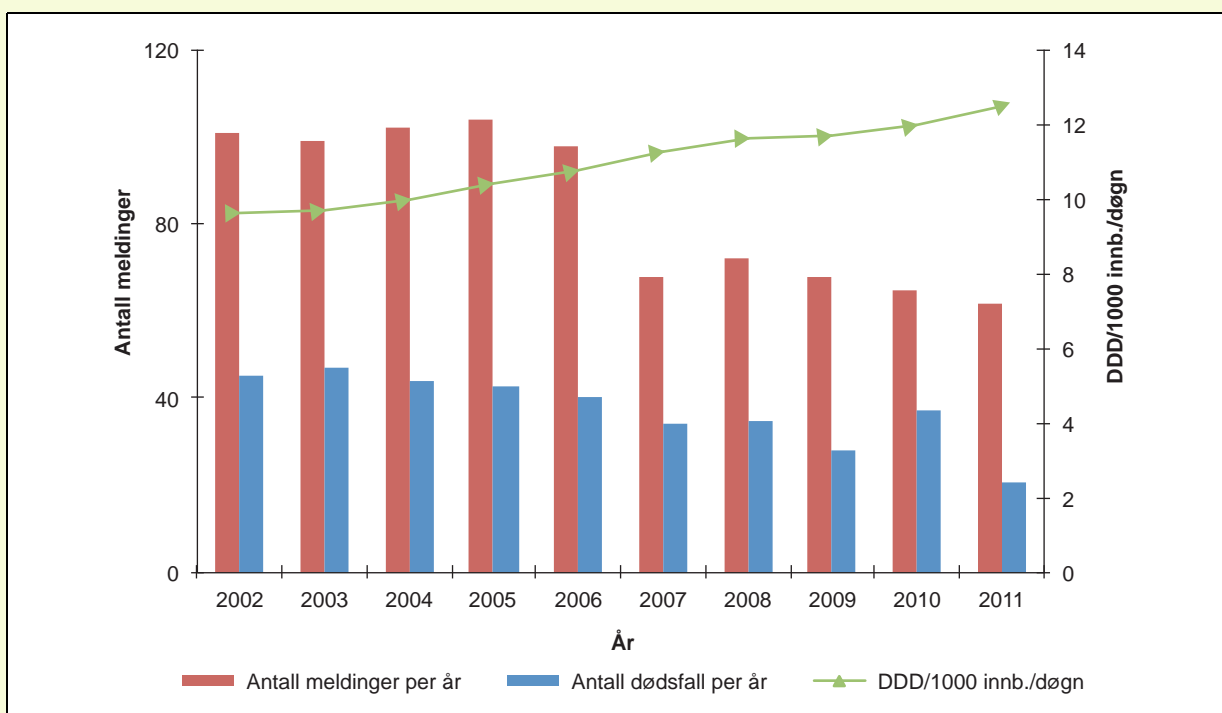
En meldeordning som inkluderer hele helse- og omsorgstjenesten vil kunne bidra til å se hele pasientforløpet i sammenheng, og avdekke og forebygge svikt i overgangssituasjoner. I tillegg vil det kunne bidra til å støtte opp under kommunenes arbeid med å bedre pasient- og brukersikkerheten. På sikt vil det derfor være ønskelig å inkludere kommunale helse- og omsorgstjenester i den nasjonale meldeordningen. I første omgang vil det være aktuelt å gjennomføre piloter i enkelte kom-

Boks 6.12 Bivirkningsmeldinger gir bedre pasientsikkerhet

Stadig flere pasienter får blodfortynnende behandling med Marevan og i 2011 ble legemidlet brukt av over 92 000 nordmenn. All blodfortynnende behandling medfører risiko for blødninger. Selv om stadig flere bruker dette legemidlet, er antall bivirkningsmeldinger og dødsfall betydelig redusert etter 2006, jf. figuren som viser utvikling i forbruk og antall meldinger og dødsfall.

Forebyggende arbeid og økt bevissthet hos både leger og pasienter har bidratt til reduksjo-

nen i bivirkningsmeldinger og dødsfall. Legemiddelverket har brukt detaljopplysninger om bivirkningstilfellene for å få en bedre forståelse av når bivirkninger oppstår og hva som kan gjøres for å bedre pasientsikkerheten. Ny kunnskap om bivirkninger førte til at Legemiddelverket i 2005 utga et veiledningshefte om blodfortynnende behandling.



Figur 6.3 Antall meldinger og dødsfall med Marevan i årene 2002–2011.

muner. Videre kan det være aktuelt å vurdere endringer i meldekriteriene i sammenheng med en evaluering av ordningen.

I Danmark kan pasienter og pårørende melde hendelser i det nasjonale rapporteringssystemet. Helse- og omsorgsdepartementet mener at dette kan være et viktig virkemiddel for å styrke pasienter og pårørendes rolle og i sammenheng med uønskede hendelser, og vil se nærmere på hvordan dette kan gjøres.

Åpenhet om uønskede hendelser

Åpenhet om uønskede hendelser er en forutsetning for å kunne få kjennskap til, lære av og for å

forebygge liknende hendelser. Kartlegging av pasientskader og melding om uønskede hendelser gir kunnskap for personell og ledere om risikonivå og risikoområder i helse- og omsorgstjenesten. Det kan brukes som grunnlag for å sette i verk tiltak for å bedre pasientsikkerheten. Det kan oppleves som en utfordring for helseinstitusjonene når omfang av pasientskader, og tragiske enkelthendelser framstilles i media. Samtidig gir åpenhet om disse forholdene mulighet for tjenesten til å formidle at det arbeides systematisk med pasientsikkerhet.

Forenkling i meldesystemene

Det finnes en rekke melde- og rapporteringsordninger om uønskede pasientrelaterte hendelser, der samme hendelse kan være meldepliktig til flere instanser. Et unaturlig dødsfall etter helsepersonelloven § 36 skal meldes både til politiet, Helsetilsynet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten dersom hendelsen er forvoldt ved ytelse av en helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Svikt eller feil der medisinsk utstyr er eller kan ha vært involvert skal meldes til Helsedirektoratet, jf. lov om medisinsk utstyr § 11. Dersom hendelsen har ført til betydelig skade på

pasient, skal det i tillegg meldes til Kunnskapssenteret. Alvorlige hendelser som er varslet Statens helsetilsyn etter ny § 3-3 a i spesialisthelsetjenesteloven, skal også meldes til Kunnskapssenteret. Eksempler på andre meldepliktige hendelser er melding om strålegivende utstyr til Statens strålevern og melding om bivirkning av legemiddel til Statens legemiddelverk.

Helse- og omsorgsdepartementet vil forenkle den elektroniske innrapporteringen for de ulike meldeordningene gjennom et felles system. Teknisk innretning og organisatorisk løsning må utredes nærmere.

Boks 6.13 Kvalitetsforbedring i tjenestene*Regjeringen vil:*

- Etablere et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet.
- Forbedre systemet for utvikling og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.
- Stimulere til utvikling av nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring.
- Videreutvikle kompetansesentrene som kunnskapsstøtte for helse- og omsorgstjenesten i kommunene.
- Videreutvikle lederopplæring i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med KS.
- Implementere nasjonal lederplattform for helseforetakene og styrke arbeidet med nasjonalt lederutviklingsprogram.
- Videreutvikle og forenkle meldeordningen for uønskede hendelser.

Kapittel



Figur 7.1

7 Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen har som mål at det skal være større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Åpenhet er viktig som grunnlag for pasienters og brukeres valg av tjenester, for forbedringsarbeid og for å gi befolkning og beslutningstakere informasjon om kvaliteten på tjenestene og om det er samsvar mellom ressursinnsats og resultat.

For å nå målet om større åpenhet, må det satses langt sterkere på utvikling av kvalitetsindikatorer i årene framover. Regjeringen vil legge en plan for hvilke områder som skal prioriteres, og legge føringer for framdriften i arbeidet med å utvikle nye indikatorer. Kvalitetsindikatorerne skal brukes mer aktivt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Nasjonalt helseregisterprosjekt skal bidra til at sentrale helse- og kvalitetsregistre utnyttes bedre som datakilde. Det skal settes i gang en utredning om et sentralt helseregister for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerundersøkelsene skal videreutvikles og det skal utvikles indikatorer basert på pasientrapporterte effektmål.

7.1 Hvorfor måle kvalitet?

Kunnskap om kvaliteten på tjenestene er en nødvendig forutsetning for all kvalitetsforbedring. Målinger av tjenestens ytelse har til nå hatt hovedvekt på måling av aktivitet, økonomi og bemanning. Det er nødvendig å legge større vekt på måling av kvalitet og resultat. Ansatte og ledere må vite om virksomheten drives med for høy risiko eller om det er for stor variasjon i resultatene, og de må kjenne til brukernes vurdering av tilbudet. Kunnskap om kvalitet må basere seg på fakta og ikke på skjønn. Ved nærmere undersøkelse viser det seg ofte at resultatene er annerledes enn forventet. Det er også nødvendig å måle effekten av kvalitetsforbedringstiltak for å dokumentere ønskede og eventuelle uønskede effekter.

Det er viktig å erkjenne at kvalitetsmål aldri vil kunne beskrive alle aspektene ved kvalitet. Det er krevende å finne mål som både ledere, ansatte, brukere og befolkningen er enige om beskriver kvali-

Boks 7.1 Florence Nightingale

«The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have a way to measure it, and you cannot measure it until you can monitor it.»

Florence Nightingale (1820–1910)

Myten om Florence Nightingale ble skapt under krimkrigen da hun som en mild engel med lampe i hånden vandret gjennom de dystre sykehusstuene og trøstet sårede og syke engelske soldater. Hun er også kjent for sosiale reformer og for å ha lagt grunnlaget for den moderne sykepleien. Det er ikke like godt kjent at hun var en dyktig statistiker og pioner når det gjaldt å popularisere statistikken gjennom grafiske framstillinger.

Nightingale ble rystet over de forholdene som engelske soldater levde under i Krimkrigen. Ved hjelp av statistikk fortalte hun en sterk historie om soldatenes lidelser. Hun viste at langt flere soldater døde av forebyggbare sykdommer enn som resultat av skader i krigshandlinger. Resultatene hun presenterte var umulig å overse og reddet langt flere soldaters liv enn innsatsen hennes i sykestuene.

tet i tjenesten. De kvalitetsmålene som brukes må oppleves som relevante, og datainnsamlingen må ikke kreve for store ressurser i en travel hverdag.

Det må utvikles hensiktsmessige metoder for innhenting av data. Økt oppmerksomhet på kvalitetsmåling må ikke føre til at de ansatte opplever rapporteringen som byråkratisk kontrollvirksomhet som ikke gir resultat i form av bedre pasienttilbud. Data må gjøres tilgjengelig lokalt og kunne brukes til lokalt forbedringsarbeid.

Hvis kvalitetsmåling skal oppleves som viktig og relevant, må ansatte involveres i å definere hva som skal måles, og i innsamling, tolking og bruk av data. Ansatte må være trygge på at utgangspunktet for kvalitetsmåling er ledelsens tillit til at ansatte ønsker å gjøre en best mulig jobb. Ansatte og bru-

kere må oppleve at aktiv bruk av data fører til bedre resultater. Helsemyndighetene og ledere på alle nivåer må aktivt etterspørre resultatene av målinger og bruke disse i prioritering av innsatsen både i den enkelte virksomhet, i kommunene og nasjonalt.

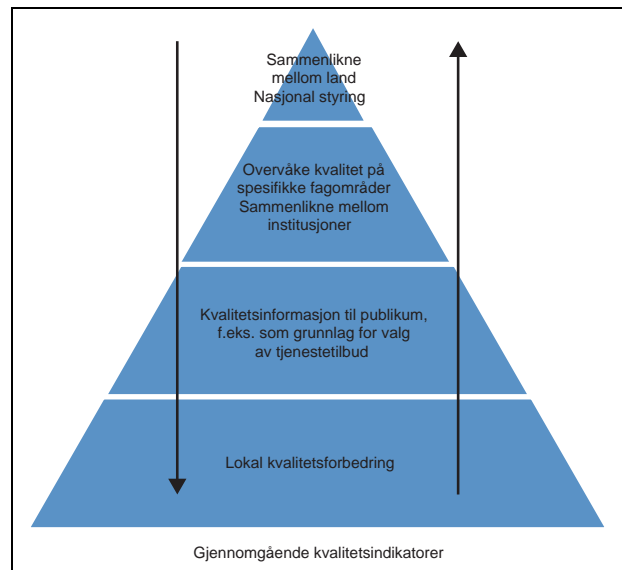
Det finnes flere metoder for å vurdere, og bedømme kvalitet i helse- og omsorgstjenesten:

- Kvalitetsindikatorer
- Pasientrapporterte effektmål
- Spørreundersøkelser, inkludert pasient-, bruker- og pårørende/erfaringsundersøkelser
- Egevalueringer
- Tredjepartsevalueringer gjennom fagrevisjoner og akkreditering eller sertifisering
- Tilsyn

Et helhetlig system for kvalitetsmåling bør omfatte flere av disse metodene. Dette kapitlet vil i hovedsak omtale kvalitetsindikatorer, pasientrapporterte effektmål og brukererfaringsundersøkelser. Tilsyn og tredjepartsevalueringer er omtalt i kapittel 5 Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet og kapittel 6 Kvalitetsforbedring i tjenestene.

Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer har flere formål. Nasjonale helsemyndigheter bruker kvalitetsindikatorer som styringsparametre og for å overvåke kvalite-



Figur 7.2 Kvalitetsindikatorer på ulike nivåer.

ten i tjenestene. Ledere på alle nivåer trenger indikatorer for å ha oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i virksomheten. Ansatte må bruke indikatorer i forbedringsarbeid, og brukere må kjenne kvalitet og pasientsikkerhet i institusjoner som grunnlag for valg av tjenestetilbud.

Kvalitetsindikatorerne må være gjennomgående slik at indikatorer på nasjonalt nivå kan brukes lokalt, se figur 7.2. Fagspesifikke indikatorer

Boks 7.2 Kvalitetsindikatorer

En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer kan brukes for å overvåke kvaliteten på nasjonalt nivå, regionalt eller i den enkelte virksomhet. Indikatorerne deles vanligvis inn i tre typer:

- *Strukturindikatorer* gir informasjon om rammer og ressurser, kompetanse og tilgjengelig utstyr.
- *Prosessindikatorer* gir informasjon om aktiviteter i pasientforløpet, for eksempel diagnostikk og behandling.
- *Resultatindikatorer* gir informasjon om hva tjenestene oppnår med hensyn til overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.

Gjennom internasjonalt samarbeid (Nordisk Ministerråds kvalitetsindikatorprosjekt, OECD) er det utviklet kvalitetsindikatorer som kan brukes til å sammenlikne helse- og omsorgstjenestenes uttelse mellom land.

Land som USA, Canada, Australia, Storbritannia og flere andre EU land har gjennom flere år offentliggjort nasjonale helsetjenesteindikatorer. I USA har National Quality Forum godkjent mer enn 700 indikatorer for helse- og omsorgstjenestene, hvorav en tredjedel er resultatindikatorer. I England er det utviklet et omfattende sett av indikatorer som gir en nasjonal oversikt over tjenestene. Nettsiden NHS Choices gir publikum mulighet til å sammenlikne ulike tjenesteleverandører ved hjelp av et utvalg kvalitetsindikatorer, pasienterfaringsundersøkelser og kommentarer fra pasienter og brukere. Tilsvarende har Medicare i USA opprettet det nettbaserte verktøyet Quality Care Finder som inneholder informasjon om kvaliteten ved sykehus og sykehjem. For sykehjem brukes et fem-stjerners rangeringssystem som baserer seg på kvalitetsindikatorer, bemanningsstatus og resultat av tilsyn. For sykehus brukes et bredt utvalg av kvalitetsindikatorer og resultater av pasienterfaringsundersøkelser.

vil for eksempel kunne brukes både til internasjonale sammenlikninger og til lokalt forbedringsarbeid. Når kvalitetsindikatorer kombineres med pasientrapporterte effektmål og resultat av pasient- og brukererfaringsundersøkelser, gir det et mer fullstendig bilde av kvaliteten i tjenesten.

7.2 Status og utfordringer

Innenfor spesialisthelsetjenesten publiseres det i dag 28 nasjonale kvalitetsindikatorer på virksomhetsnivå. Det publiseres ni nasjonale kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. I tillegg kommer de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene og fastlegenes erfaringer med distriktpspsykiatriske sentre. Flertallet av indikatorene er struktur- og prosessindikatorer. Det er også tatt i bruk resultatindikatorer som 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd, hjerteinfarkt og hjerneslag, og femårs overlevelse ved ulike kreftformer.

Selv om det har vært publisert en rekke nye kvalitetsindikatorer de siste årene, er Norge kommet kort på dette området sammenliknet med en rekke andre land. Arbeidet med å utvikle nye indikatorer må intensiveres og det er behov for en bedre forankring i tjenesten og befolkningen. Det mangler en helhetlig plan for hvilke områder som skal prioriteres for utvikling av nye indikatorer, hva som skal være ambisjonsnivået og hvordan målene skal nås.

Helsedirektoratet har gjennom endringer i helseovgivningen fått ansvar for utvikling, formidling og drift av nasjonale kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten. Målet er å utvikle et helhetlig sett med nasjonale kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet har etablert kvalitetsindikatorgrupper på områdene kreft, pleie og omsorg, og psykisk helsevern og rusbehandling. Grupper for diabetes og kols er under etablering. Helsedirektoratet skal i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet bidra til å utvikle et styringsinformasjonssystem for primærhelsetjenesten basert på dagens tilgjengelige data.

Regjeringen og KS har i flere år samarbeidet om å utvikle kvalitetsindikatorer og et system for å måle kvalitet i pleie- og omsorgssektoren. Helsedirektoratet ledet en arbeidsgruppe med representanter fra KS, Statistisk sentralbyrå og kommunene for å utvikle et sett med kvalitetsindikatorer. Disse ble publisert på www.bedrekommune.no. I følge den nye avtalen skal partene arbeide for å komme fram til gode kvalitetsindikatorer og systemer for å måle kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Det er nødvendig at indikatorene som utvikles oppleves som nyttige for kommunene. Helsedirektoratet skal samarbeide nært med KS i det videre arbeidet med å utvikle indikatorer.

Det nasjonale informasjonssystemet for kommune-stat-rapportering, gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Kvalitetsindikatorene for kommunale helse- og omsorgstjenester publiseres på nettsidene til Statistisk sentralbyrå. Det publiseres 10 kvalitetsindikatorer for omsorgstjenestene og fire indikatorer for kommunehelsetjenesten. For den offentlige tannhelsetjenesten publiseres det ni kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorene er struktur- og prosessindikatorer, for eksempel antall plasser på enerom i sykehjem, andel nyfødte med hjemmebesøk innen to uker etter hjemkomst og andel undersøkte 18-åringer uten karies.

7.3 Utvikle nye kvalitetsindikatorer

Plan for utvikling av nye nasjonale kvalitetsindikatorer

Regjeringen vil legge en plan for hvilke områder som skal prioriteres, og legge føringer for framdriften i arbeidet med å utvikle nye indikatorer. Det er Helsedirektoratet som vil ha ansvar for selve utviklingsarbeidet, men planen skal forankres i Helse- og omsorgsdepartementet.

Planen bør inneholde en vurdering av hvor mange indikatorer et nasjonalt sett av indikatorer bør omfatte. Det skal utvikles flere resultatindikatorer. Aktuelle utviklingsområder kan være pasientsikkerhet, legemiddelbruk, infeksjoner inkludert antibiotikaresistens og rehabilitering. Det er også nødvendig å utvikle gode indikatorer for psykisk helsevern og rusbehandling. Under opptrappingsplanen for psykisk helse var oppmerksomheten i hovedsak rettet mot måling av ressursbruk og bemanning. Framover må det være større oppmerksomhet på måling av kvalitet og pasientsikkerhet. Mangelfull kommunikasjon er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling. Helsedirektoratet fikk i 2011 i oppdrag å vurdere om det er formålstjenlig og mulig å utvikle egne verktøy for å måle betydningen av kommunikasjon og språkforståelse for behandlingskvalitet, for eksempel gjennom etablerte nasjonale virkemidler som brukererfaringsundersøkelser, registre, indikatorer og retningslinjer.

I et helhetlig sett med indikatorer vil det være behov for å velge ut struktur-, prosess- og resultatindikatorer som til sammen gir et godt bilde av helse- og omsorgstjenestens innsats. De nåværende

kvalitetsindikatorerne er hovedsakelig struktur- og prosessindikatorer.

Forbedre og effektivisere utvikling av nye indikatorer

Systemet for å utvikle indikatorer må forbedres og effektiviseres. Norge kan lære mye fra land som har lang erfaring med utvikling og publisering av indikatorer.

Indikatorer bør utvikles etter en inkluderende og åpen prosess. Gode ideer og synspunkter på hva som kan være gode kvalitetsmål må fanges opp. Tjenestene, pasient- og brukerorganisasjoner, profesjonsforeninger, forbrukerorganisasjoner, forskningsmiljøer og enkeltpersoner bør inviteres til å foreslå indikatorer. Forslag til nye indikatorer bør også gjennom en åpen høringsprosess før de endelig besluttes.

Indikatorer som er utviklet internasjonalt bør i større grad vurderes for bruk i Norge. Det bør lages rutiner for å følge med på det som publiseres av kvalitetsindikatorer i andre land, og gjøres en løpende vurdering av om disse kan brukes som kvalitetsmål i Norge.

Det er viktig å finne en god balanse mellom krav til rapportering som er nødvendig for å følge opp helsepolitiske mål og ivareta kvaliteten på tjenestene, og ønsket om å gjøre rapporteringen så lite arbeidskrevende som mulig for helse- og omsorgspersonellet. Arbeidsmengden kan reduseres gjennom å forenkle rapporteringsprosessen, ta i bruk nye teknologiske løsninger, rydde opp i dobbelrapportering og unngå unødvendig rapportering. Regjeringen vil gjennomføre et prosjekt om måling og rapportering i helse- og omsorgstjenesten for å kartlegge hva som rapporteres i dag og vurdere forenkling og opprydding i rapporteringsrutinene.

Se utviklingsarbeidet i sammenheng med nasjonale faglige retningslinjer

Utvikling av kvalitetsindikatorer bør sees i sammenheng med utvikling og implementering av nasjonale faglige retningslinjer. Kvalitetsindikatorer er nødvendig for å kunne måle om en retningslinje fører til ønsket endring i praksis. Arbeidet med å utvikle indikatorer bør derfor gå parallelt med retningslinjearbeidet.

Indikatorer må være relevante for anbefalingene i retningslinjene. Retningslinjene for hjerne-slag er et godt eksempel på hvordan arbeidet med å utvikle indikatorer kan integreres med retningslinjearbeidet.

Bygge opp og samordne kompetansen

Det er behov for å bygge opp og samordne kompetanse på utvikling og validering av indikatorer. Indikatorer på struktur, som for eksempel andel plasser i enerom i pleie- og omsorgsinstitusjoner og indikatorer på prosess som for eksempel andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse, er relativt enkle indikatorer som kan leveres fra registre eller andre datakilder uten vesentlig bearbeiding.

Resultatindikatorer vil oftere trenge mer omfattende analyse og tolkning, og det kan være behov for å korrigere for sammensetning av pasient- eller brukerpopulasjonen. En resultatindikator vil ofte måle den samlede effekten av flere tjenester, for eksempel av tiltak både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten og eventuelt også forebyggende tiltak. Enkelte resultatindikatorer vil måle den samlede effekten av helse- og omsorgstjenestens innsats og bidrag fra andre sektorer, for eksempel samferdsel, miljø og utdanning. Det vil være behov for å analysere hva som er de enkelte deler av helse- og omsorgstjenestens særskilte bidrag til resultatet. Videre er det behov for å evaluere resultatindikatorer for å unngå uønskede effekter ved implementering. Det vil derfor være behov for å bygge opp kompetanse for indikatorutvikling til støtte for arbeidet som skal foregå innen ulike temaer og områder.

7.4 Bruk av kvalitetsindikatorer for å utvikle tjenestene

Styringsdialogen med regionale helseforetak skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusene. I oppdragsdokumentet for 2012 utgjorde nasjonale kvalitetsindikatorer et stort flertall av styringsparametrene som de regionale helseforetakene skulle måles på. Resultatene er tema i oppfølgingsmøter og rapportering i årlig melding fra de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet.

Lokalt vil det ofte være bruk for flere kvalitetsindikatorer enn de som publiseres nasjonalt. I dag bruker for eksempel mange helseforetak et bredt utvalg indikatorer for å styre egen virksomhet.

De enkelte institusjoner og avdelinger må bruke kvalitetsindikatorer og andre resultatmål, for eksempel brukererfaringsundersøkelser, til å bedre kvalitet og pasientsikkerhet i egen enhet. Derfor er det viktig at de enkelte enhetene får tilgang til egne resultater på nasjonale kvalitetsindi-

katorer. I tillegg må virksomhetene selv utvikle lokale kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer og resultatmål ut fra egne behov. Det er avgjørende at resultatene følges opp og legges til grunn for kvalitetsforbedringsarbeid.

For å skape økt forståelse for nødvendigheten av å måle kvalitet og bidra til korrekt og fullstendig datainnsamling, kan det for eksempel opprettes egne funksjoner for ressurspersoner som skal være pådrivere lokalt. Læringsnettverk mellom enheter kan bidra til erfaringsoverføring.

Avtalen mellom regjeringen og KS om utvikling av kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene er forankret i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og kommunesektoren, og har som formål å styrke kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Partene vil i fellesskap arbeide for å fremme kvalitetsindikatorer og system for å måle kvalitet. Avtalen blir fulgt opp med jevnlig kontaktmøter mellom partene.

7.5 Hensiktsmessig publisering

Nasjonale kvalitetsindikatorer må sammenstilles og publiseres på egnet måte for ulike målgrupper. Befolkningen må få informasjon om ressursene som bevilges til helse- og omsorgssektoren gir bedre kvalitet i tjenestene. Pasienter og brukere må få informasjon om kvaliteten på de tjenestene de selv mottar. Virksomhetene må få tilgang til kvalitetsmålinger som grunnlag for eget forbedringsarbeid. Nasjonale helsemyndigheter må få informasjon som muliggjør at ressursene settes inn der det trengs mest. I dag publiseres kvalitetsinformasjon til de ulike formålene på nettstedene helsenorge.no, helsedir.no og sykehusvalg.no. Nettjenesten til Fritt sykehusvalg Norge vil bli integrert i helsenorge.no i løpet av 2013.

Indikatorene må publiseres slik at de gir mening for pasienter og brukere som ønsker informasjon om kvaliteten på en spesifikk behandlings- eller omsorgsinstitusjon. I dag vanskeliggjøres dette blant annet av at indikatorene publiseres dels på helseforetaks- og dels på sykehusnivå. For å kunne brukes som grunnlag for valg av behandlingssted er det avgjørende at indikatorene publiseres på institusjonsnivå.

Hvis nasjonale kvalitetsindikatorer skal kunne gi oppdatert informasjon til alle målgrupper om kvaliteten i tjenesten og brukes på en dynamisk måte i virksomhetenes forbedringsarbeid, må tiden mellom datainnsamling og publisering være kortest mulig.

Videre utvikling av nettstedene helsenorge.no og helsedir.no vil være nødvendig for en mer hensiktsmessig publisering av indikatorer rettet mot de ulike målgruppene. Det bør gis en samlet presentasjon av et utvalg kvalitetsindikatorer og annen kvalitetsinformasjon for de enkelte helse- og omsorgsinstitusjoner som grunnlag for pasienter og brukeres valg av sykehus og sykehjem, for eksempel etter modell av NHS choices eller Medicares Quality Care Finder. Kommunene bør i tillegg oppfordres til å publisere kvalitetsinformasjon om kommunale helse- og omsorgstjenester på sine hjemmesider.

7.6 Videreutvikle datagrunnlaget

En av de viktigste kildene til ny kunnskap om forekomst av sykdom, effekt av behandling og kvalitet på tjenester, er nasjonale helseregistre. Det er i dag 15 sentrale helseregistre, deriblant Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister og Meldesystemet for infeksjonssykdommer (MSIS) i Nasjonalt folkehelseinstitutt, Norsk pasientregister i Helsedirektoratet, Kreftregisteret i Oslo universitetssykehus HF og nasjonalt register over hjerte- og karlidelser som er under etablering ved Nasjonalt folkehelseinstitutt, avdeling Bergen.

Et medisinsk kvalitetsregister skal løpende dokumentere resultater av behandling for en avgrenset pasientgruppe. Data fra medisinske kvalitetsregistre gir grunnlag for å evaluere kvalitet og oppnådd helsegevinst, faglig forbedringsarbeid, forskning og styring. Det finnes mange medisinske kvalitetsregistre i norske helseforetak. I 2012 har Helse- og omsorgsdepartementet godkjent 14 nye nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og i alt har 33 registre status som nasjonale registre.

De sentrale helse- og kvalitetsregistrene gir Norge bedre muligheter for å følge med på helsestilstanden, finne årsaker til sykdom og drive kvalitetsforbedring enn de fleste andre land. Disse mulighetene utnyttes i dag ikke godt nok. På flere viktige områder mangler det dessuten fortsatt nasjonale registre. Dette gjelder særlig for store sykdomsgrupper som psykisk helsevern og rusbehandling.

Nasjonalt helseregisterprosjekt

For å sikre flere og bedre nasjonale helseregistre etablerte regjeringen Nasjonalt helseregisterprosjekt i 2011. Prosjektet bygger på strategi og anbefalinger fra rapporten *Gode helseregistre – bedre*

helse. Rapporten ble utarbeidet av Nasjonalt folkehelseinstitutt i et bredt forankret forprosjekt. Formålet med prosjektet er økt bruk av data, bedre kvalitet og mer sikker håndtering av data for forskning, kvalitetsforbedring og helseovervåkning. Som ledd i Nasjonalt helseregisterprosjekt, utarbeides toårige handlingsplaner med prioriterte tiltak.

Et viktig grep i prosjektet er å organisere nasjonale helseregistre i såkalte fellesregistre. I et fellesregister for et sykdomsområde samles de nasjonale helseregistrene for den aktuelle sykdommen. Kreftregisteret er en form for fellesregister fordi det i tillegg til det nasjonale hovedregisteret også består av utfyllende kvalitetsregistre for de enkelte krefttyper. Det nyetablerte hjerte- og karregisteret organiseres også på denne måten. Et langsiktig mål er at det skal finnes fellesregistre som omfatter alle viktige sykdomsgrupper og behandlingsformer.

Legemidler er den vanligste medisinske behandlingsformen i den industrialiserte delen av verden. Kompleksiteten på legemiddelområdet og hensynet til pasientsikkerheten tilsier at det er viktig å følge opp bruken av legemidler systematisk etter at legemidlene har fått markedsføringstillatelse. Ett av tiltakene i nasjonalt helseregisterprosjekt er å vurdere om ulike registerinitiativ innenfor legemiddelfeltet kan samordnes bedre i et fellesregister for legemidler. For de medisinske kvalitetsregistrene er forankring og legitimitet i fagmiljøene helt avgjørende for at det rapporteres data av god kvalitet, og for at dataene skal bli brukt i henhold til formålene som er kvalitetsforbedring og forskning. De regionale helseforetakene har derfor ansvaret for drift av kvalitetsregistre og utvikling av felles infrastruktur for kvalitetsregistre. Siden 2009 er det satt av øremerkede midler til utvikling og implementering av felles infrastruktur for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Det er etablert et nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord RHF, og Helse Midt-Norge RHF har en sentral rolle i å utarbeide felles teknologiske løsninger. Denne satsingen har bedret infrastrukturen for medisinske kvalitetsregistre. Det gjenstår fortsatt betydelig arbeid for at kvalitetsregistrene i enda større grad blir tatt i bruk til forbedringsprosjekter og forskning.

Regjeringen vil gjennom nasjonalt helseregisterprosjekt arbeide for at dagens sentrale helse- og kvalitetsregistre i enda større grad enn i dag utnyttes som datakilde for kvalitetsforbedringsprosjekt, forskning og helseovervåkning.

Register for kommunale helse- og omsorgstjenester

Det er behov for å utvikle flere kvalitetsindikatorer fra kommunale helse- og omsorgstjenester, særlig gjelder dette resultatindikatorer. Dagens datagrunnlag er fragmentert og svakt fundert. Det finnes lite kunnskap om forekomst og resultat av behandling for de store sykdomsgruppene som i hovedsak behandles i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. For store deler av tannhelsetjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten finnes det nesten ikke nasjonale data. Dette skyldes blant annet at IT-systemene ikke er tilrettelagt for å rapportere slike data og at det ikke er rapporteringsplikt.

Det er avgjørende for å sikre likeverdige helse- og omsorgstjenester i hele landet at vi har nødvendig kunnskapsgrunnlag. Dette er også nødvendig for å sikre gode pasientforløp, og for å nå målene i samhandlingsreformen. Det er behov for et register for de kommunale helse- og omsorgstjenestene som ivaretar den samme funksjonen som Norsk pasientregister har for spesialisthelsetjenesten. Formålet med registeret skal være å samle inn og gjøre tilgjengelig systematiske og pålitelige data fra alle deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Data fra registeret skal brukes som grunnlag for administrasjon, styring, kvalitetsutvikling, helseovervåking og beredskap. I tillegg bør det kunne brukes til forskning og som grunnlag for å etablere og kvalitetssikre andre registre.

Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede etablering av et sentralt helseregister med personetydige data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Registeret vil kunne bli omfattende innholdsmessig og det skal legges vekt på personvern og informasjonssikkerhet i utredningen. Formålet med registeret må vurderes opp mot spørsmål om nødvendig registerform, innhold og de registrertes samtykke.

Andre datakilder

Selv om gode nasjonale helseregistre vil være den viktigste datakilden for kvalitetsindikatorer, vil det også være nødvendig å bruke andre kilder. For struktur- og prosessindikatorer vil kommune-statrapportering (Kostra) være egnet som datakilde. Andre datakilder som pleie- og omsorgsstatistikken og registret for meldinger av bivirkninger ved legemiddelbruk er også viktige. Virksomhetenes egne journaldata vil også i noen tilfelle kunne brukes som grunnlag for indikatorer. Bruk av nasjonale registre og nasjonal statistikk gir større sik-

Boks 7.3 Personvern og pasientsikkerhet

Taushetsplikten som gjelder for helsepersonell, gjenspeiles i regelverket for helse- og omsorgstjenesten. Regelverket skal ivareta det aspektet ved personvern som handler om å hindre at uvedkommende får tilgang til personopplysninger (konfidensialitet). Personvernlovgivningen har en bredere innfallsvinkel. Det handler ikke bare om konfidensialitet, men også om å sikre at personopplysninger blir brukt på riktig måte.

Det er et viktig for personvernet at korrekte og oppdaterte opplysninger er tilgjengelige for rett person til rett tid. I pasientbehandling er tilgjengelighet til informasjon en kritisk faktor. Manglende tilgang til oppdaterte og korrekte helseopplysninger kan føre til feilbehandling og skade. Det er også avgjørende at det datamaterialet som utgjør grunnlaget for kvalitetssikring og forskning, er korrekt.

Godt personvern krever at regelverket både ivaretar krav til konfidensialitet, tilgjengelighet, og oppdatert og korrekt informasjon.

kerhet for at data fra ulike behandlingenheter er sammenliknbare. Hvis virksomhetenes journaldata skal brukes som grunnlag for kvalitetsindikatorer, må det skapes sikkerhet for at opplysningene er samlet inn og behandlet slik at de er sammenliknbare mellom institusjoner.

Når informasjon fra ulike datakilder skal brukes til å få kunnskap om kvaliteten i tjenesten, må hensynet til personvern balanseres mot ønsket om tilgjengelighet til data. Det er bred oppslutning om at tilgang til nødvendige helseopplysninger er viktig for å styrke pasientsikkerheten, samtidig som viktigheten av å finne de beste løsningene for å ivareta personvernet understrekes. Det er også stor enighet om at helsepersonellet i dag ikke har tilstrekkelig kritisk informasjon om pasienten tilgjengelig for å ivareta viktige pasientinteresser.

7.7 Kvalitetsmåling fra pasient- og brukerperspektiv

Pasientrapporterte effektmål er standardiserte, validerte verktøy for å måle pasientenes opplevelse av sin helsetilstand, funksjonsevne og livskvalitet og gir viktig informasjon om hvordan syk-

dom og behandling påvirker pasientenes liv. Pasientrapporterte effektmål er derfor et viktig supplement til kliniske kvalitetsindikatorer. Det er utviklet en rekke instrumenter for å utvikle pasientrapporterte effektmål. I Sverige er det satt i gang et arbeid med å sikre fri tilgang for kvalitetsregistrene til denne type verktøy, som et supplement til registrering av den kliniske kvaliteten. I Norge er pasientrapporterte effektmål foreløpig i liten grad tatt i bruk.

I nasjonal helse- og omsorgsplan er det understreket at systematisk innhenting av brukererfaringer er et viktig verktøy i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon. I Norge er det også lovpålagt å gjennomføre systematiske brukererfaringundersøkelser. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har ansvaret for nasjonale brukererfaringundersøkelser av helsetjenesten, og har gjennomført en rekke undersøkelser de siste årene, primært i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til de nasjonale målingene foretas det lokale målinger, både i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og i spesialisthelsetjenesten.

De nasjonale undersøkelsene til Kunnskapscenteret er standardiserte og gir brukerbaserte kvalitetsindikatorer som kan følges over tid eller sammenlignes mellom institusjoner. Undersøkelsene gjennomføres og presenteres i hovedsak på institusjonsnivå. Flere oppfølgingsstudier om bruk av nasjonale eller regionale brukererfaringdata viser at brukererfaringdata vurderes positivt i klinikken, og at mange rapporterer aktiv bruk av slike data i forbedringsprosesser. Fra 2011 inngår også brukererfaringer som styringsparametre i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helsefor- etakene.

I spesialisthelsetjenesten vil data på sykehusnivå i mange tilfeller ikke være tilstrekkelig som grunnlag for kvalitetsforbedring, siden avdelinger og poster ikke får tilbakemelding om egne resultater. Det er imidlertid mulig å gjennomføre nasjonale undersøkelser på avdelingsnivå. I 2005 gjennomførte Kunnskapscenteret en nasjonal brukerundersøkelse ved somatiske barneavdelinger. En oppfølgingsundersøkelse blant helsepersonell ved de somatiske barneavdelingene i Norge, viste at nesten 60 prosent av respondentene rapporterte at forbedringstiltak hadde blitt iverksatt ved avdelingen som et resultat av Kunnskapscenterets undersøkelse.

I Danmark gjennomføres de nasjonale pasienterfaringundersøkelsene ved sykehusene på avdelingsnivå, og også underliggende poster får sine resultater forutsatt tilstrekkelig antall svar.

Dette øker relevansen og nytten av undersøkelsen for sykehusenes kvalitetsforbedringsarbeid, noe som er i tråd med formålet med undersøkelsen og intensjonene i nasjonal helse- og omsorgsplan.

Det finnes også mye erfaring og kompetanse på gjennomføring av brukerundersøkelser for kommunale helsetjenester i Norge. Det er etablert metoder for brukerundersøkelser på kommunalt nivå på www.bedrekommune.no, blant annet for helsetjenester som helsestasjon, hjemmetjenester for demente og brukere av kommunale psykiske helsetjenester. For fastleger og legevakter arbeider Kunnskapssenteret med metoder og undersøkelser, i samarbeid med henholdsvis Allmennmedisinsk forskningsenhet på Unifob Helse ved Universitetet i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Det er opp til den enkelte kommune selv å avgjøre områder og omfang av brukerundersøkelser. Det bør legges til rette for at kommuner kan

benytte verktøyet Kunnskapssenteret har utviklet for gjennomføring av brukerundersøkelser.

Innbyggerundersøkelsen er forvaltningens egen undersøkelse av innbyggernes og brukernes tilfredshet med det offentlige velferdstilbudet. Resultatene fra undersøkelsen skal gi status i dag, vise utviklingen over tid, og gi et bedre kunnskapsgrunnlag for å videreutvikle tjenestene. Den ble gjennomført første gang i 2009, og skal gjennomføres annet hvert år. Undersøkelsen inneholder spørsmål om tjenester og tilbud innen helse og omsorg. Resultatene fra siste undersøkelse viser at det er store forskjeller med hensyn til hvor fornøyde innbyggerne er med de ulike tjenestene. Det er sykehus (70 prosent positive) og fastlegeordningen (74 prosent positive) som kommer best ut, mens pleie- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie (39 prosent positive) og sykehjem (38 prosent positive) kommer dårligst ut.

Boks 7.4 Bedre kunnskap og større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen vil:

- Legge en plan for hvilke områder som skal prioriteres og legge føringer for framdriften i arbeidet med å utvikle nye kvalitetsindikatorer.
- Forbedre og effektivisere prosessen med å utvikle nye indikatorer og se utviklingsarbeidet i sammenheng med nasjonale faglige retningslinjer.
- Gjennomføre et prosjekt om måling og rapportering for å kartlegge hva som rapporteres i dag og vurdere forenkling og opprydding i rutinene.
- Bruke kvalitetsindikatorer mer aktivt i styringsdialogen med regionale helseforetak.
- Gjennom nasjonalt helseregisterprosjekt, sørge for at sentrale helse- og kvalitetsregistre utnyttes bedre som datakilde.
- Utrede etablering av et sentralt helseregister med personentydige data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Bygge opp og samordne kompetansen på indikatorområdet.
- Publisere flere resultatindikatorer for spesialisthelsetjenesten og oppfordre kommuner til å publisere kvalitetsinformasjon på nettsidene.
- Videreutvikle pasient- og brukerundersøkelser og utvikle pasientrapporterte effektmål.

Kapittel

8

Figur 8.1

8 Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder

Regjeringen har som mål å legge til rette for utvikling av nye virkningsfulle og effektive behandlingsmetoder på en trygg måte for pasientene. Det skal legges klarere rammer for utprøving og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten for å sikre faglig forsvarlighet og riktig prioritering av ressursene. De viktigste nasjonale virkemidlene er å etablere et system for metodevurdering og etablere et sett av nasjonale prinsipper for utprøvende behandling.

Begrepet utprøvende behandling brukes i denne stortingsmeldingen om all behandling der effekt, risiko og bivirkninger ikke er tilstrekkelig dokumentert til at behandlingen kan inngå i det ordinære behandlingstilbudet. Det betyr at utprøvende behandling dekker både behandling som prøves ut i kliniske studier og udokumentert behandling som gis utenfor kliniske studier.

8.1 utfordringer

Ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder er avgjørende for å sikre en framtidrettet helsetjeneste av høy kvalitet, og utviklingen av medisinsk teknologi de siste tiårene har gitt stor behandlingsgevinst for pasientene. Utvikling av kikkhullskirurgi har for eksempel ført til at behandlingen er langt mindre risikofylt og gir større helsegevinst enn tidligere. På samme måte har utvikling av nye legemidler bidratt til å gjøre behandlingen mer effektiv, redusere bivirkninger og til at nye pasientgrupper får behandling.

Samtidig representerer denne utviklingen en betydelig utfordring for tjenesten og helsemyndighetene. Ny teknologi og behandlingsmetoder er i mange tilfeller tatt i bruk uten at det er foretatt en systematisk vurdering av om metodene er sikre og effektive. Nytt medisinsk utstyr tas i mange tilfeller i bruk innenfor kirurgi uten at effekt og sikkerhet er tilstrekkelig testet ut gjennom kliniske studier og deretter kvalitetssikret i klinikken. Legemidler blir i stor utstrekning brukt utenfor

det bruksområdet de er godkjent for (for andre sykdommer, til andre pasientgrupper osv).

Ofta er det heller ikke gjort en vurdering av effekt og kostnader sammenlignet med eksisterende behandling og diagnostikk eller andre alternative metoder.

Det er ulik praksis når det gjelder innføring av nye metoder og utfasing av eksisterende metoder i spesialisthelsetjenesten. Det er ulik praksis mellom helseforetak i samme region og mellom regioner, mellom legemidler og annen medisinsk teknologi, og mellom legemidler som benyttes i sykehus og annen legemiddelbruk.

Det er for liten bevissthet om hva som bør håndteres som utprøvende behandling. Uklare grenser mellom ordinær behandling og utviklingsarbeid kan føre til at pasienter tilbys behandling som mangler nødvendig vitenskapelig dokumentasjon, uten at det gis informasjon om usikkerhet knyttet til effekt og bivirkninger.

Helsemyndighetene har heller ikke god nok oversikt over omfanget og karakteren av utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten.

Samlet sett er dette en utfordring for faglig forsvarlighet og pasientens rett til medvirkning og krav om informert samtykke. Manglende dokumentasjon av effekt og bivirkning kan også føre til at viktig informasjon om den nye metoden går tapt.

8.1.1 Legemidler

Det er etablert et system for å vurdere sikkerhet og effekt av nye legemidler gjennom systemet for markedsføringstillatelse. I mange tilfeller brukes imidlertid legemidler utenfor det bruksområdet de er godkjent for. På enkelte fagområder er dette svært utbredt. Det europeiske legemiddelbyrå (EMA) har for eksempel anslått at 45 til 60 prosent av alle forskrivninger innenfor barnemedisin og opp mot 90 prosent av forskrivning til premature barn skjer utenfor godkjent bruksområde. Amerikanske undersøkelser tyder på at over halvparten av legemidlene til kreftbehandling og drøyt

20 prosent av de vanligste legemidlene forskrives utenfor godkjent bruksområde.

Bruk av legemidler for sykdommer eller brukergrupper de ikke er godkjent for, har mange positive effekter fordi det kan gi muligheter for behandling der det ikke finnes andre tilbud. Bruk av legemidler utenfor godkjent bruksområde kan imidlertid føre til introduksjon av legemidler som har liten effekt. Det innebærer også en risiko for forgiftning og andre bivirkninger fordi legemiddelmyndighetene ikke har vurdert dokumentasjonen av sikkerhet og effekt for det aktuelle bruksområdet.

Utstrakt bruk av legemidler på områder de ikke er godkjent for, kan også redusere industriens insentiver til å gjennomføre kontrollerte kliniske studier fordi bruken allerede er etablert i helsetjenesten. Dette kan også bidra til å redusere pasientenes insentiver til å delta i kliniske studier. Omfattende bruk av legemidler utenfor godkjent bruksområde vil også kunne bidra til å under-

grave det regulatoriske systemet for godkjenning av legemidler.

I tillegg er det slik at nye legemidler med markedsføringstillatelse ikke nødvendigvis skal tas i bruk i klinikken. Før legemidler tas i bruk, bør det gjøres en vurdering av nytte, alvorlighet og kostnadseffektivitet. Når et legemiddel er tatt i bruk i klinikken, vil forskningsstudier kunne bidra til ytterligere dokumentasjon som vil kunne medføre endringer i anbefalinger om bruk av legemidlet.

8.1.2 Medisinsk utstyr og kirurgiske prosedyrer

Medisinsk utstyr utgjør en stadig viktigere del av pasientbehandlingen. Dette gjelder ikke minst innenfor diagnostikk og kirurgi. Eksempler på medisinsk utstyr som benyttes i kirurgien er enkle sytråder, stenter for utblokkning av blodårer, hofteproteser og pacemakere. Uttesting av nye kirurgiske behandlingsmetoder som omfatter bruk av nytt medisinsk utstyr, skiller seg vesentlig fra det å ta i bruk nye legemidler i behandlingen, fordi kirurgi er et håndverk som krever mye klinisk øvelse. Når nytt medisinsk utstyr tas i bruk i kirurgiske prosedyrer, skal derfor sykehuset og avdelingen både kunne dokumentere at metoden er effektiv og at den er trygg i hendene på personalet.

I flere enkeltsaker er det stilt spørsmål om nytt medisinsk utstyr og ny kirurgisk behandling har vært brukt i behandlingen av pasienter uten nødvendig informasjon og samtykke, og uten at behandlingen har vært organisert som et forskningsprosjekt med etisk vurdering og godkjenning av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. Tidsskrift for den norske legeforening har belyst temaet i flere artikler i 2011 der utfordringer med manglende systematisk dokumentasjon av sikkerhet og effekt er tatt opp. Både tidsskriftet og Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har pekt på nye metoder for skifte av hjerteklaff gjennom snitt i huden som aktuelle eksempler på metoder, som er tatt i bruk uten at det er gjennomført kliniske studier for å dokumentere effekt og sikkerhet. Ved disse metodene føres den kunstige hjerteklaffen inn i hjertet gjennom en blodåre og opereres inn mens hjertet slår normalt.¹ Metodene gjør at det ikke er nødvendig å åpne brystkassen, stanse hjertet og legge pasienten på hjerte- og lungemaskin. Nasjonalt råd

Boks 8.1 Eksempel på bruk av et legemiddel utenfor godkjent bruksområde

I Norge får om lag 9000 kvinner hvert år fødselen satt i gang ved hjelp av legemidler. En betydelig andel får legemidlet Cytotec som egentlig er utviklet for å behandle magesår. Norske fagmiljøer og myndigheter har ment at legemiddelet er like effektivt som alternative legemidler som er godkjent for denne typen bruk.

I den norske veilederen i fødselshjelp fra 2008 er Cytotec fremhevet som et middel som uten risiko kan brukes ved igangsetting av fødsel: «Preparatet Cytotec er ikke registrert på indikasjonen modning av cervix/induksjon av fødsel. Det benyttes nå ved mange sykehus i stedet for Minprostin gel eller Prostin vaginaltablett. Cytotec har tilsvarende effekt og er ikke forbundet med økt risiko.»

Amerikanske legemiddelmyndigheter¹ har imidlertid gått ut og advart mot denne bruken av legemidlet på grunn av alvorlige bivirkninger i form av kraftige rier som kan føre til at livmoren revner. På bakgrunn av dette vil norske myndigheter nå endre anbefalingen om bruk av Cytotec i den nasjonale faglige veilederen.

¹ Food and Drug Administration.

¹ Metodene kalles kateterbasert implantasjon av aortaklaffer og transkateter aortaventilimplantasjon ved aortastenose.

konkluderte med at bruk av metodene er utprøvende behandling.

Kirurgiske prosedyrer er kompliserte og sammensatte og det kan derfor være vanskelig å avgrense nye kirurgiske prosedyrer mot mer etablert behandling. Ofte er ikke helsepersonellet bevisst at det er snakk om en ny prosedyre. Kirurgi er et håndverk som har tradisjon for å prøve ut nye metoder og ny teknologi under rutineoperasjoner. En slik tilnærming kan fungere så lenge det gjelder mindre endringer, men når prosedyrene skiller seg vesentlig fra den vanlige metoden er en slik tilnærming problematisk.

8.2 Systematisk utprøving som del av behandlingstilbudet

Utvikling og uttesting av nye behandlingsmetoder skal bidra til at det utvikles nye og bedre behandlingstilbud. Utprøvende behandling og klinisk forskning er derfor tett integrert med pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. Som hovedregel skal utprøvende behandling gis innenfor rammene av et forskningsprosjekt.

Pasienter har ingen rett til utprøvende behandling. I mange tilfeller vil det imidlertid være et sterkt ønske fra pasientene å få et tilbud om utprøvende behandling når det ikke finnes behandling som er basert på tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon. Kreftforeningen viser til at de får mange henvendelser fra kreftpasienter som ønsker å delta i kliniske studier og at de opplever at tilbudet er for lite. Det er også flere forskningsstudier som indikerer at pasienter som deltar i kliniske forskningsstudier innenfor kreftbehandling og hjertesykdom, har bedre overlevelse og livskvalitet enn andre pasienter. Sykehus som tilbyr pasienter behandling gjennom kliniske studier kan vise til lavere dødelighet av den aktuelle behandlingen.

Utprøvende behandling stiller imidlertid spesielle krav til informasjon og til samtykke fra pasientene. Det er avgjørende at pasientene får god informasjon om usikkerhet om effekt av behandlingen og usikkerhet om risiko og mulige bivirkninger. Det er en forutsetning med gode rutiner for oppfølging, overvåking, og dokumentasjon av resultater. Regelverket for klinisk forskning gir et godt grunnlag for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Flere enkeltsaker tyder på at kravene til faglig forsvarlighet, medvirkning og informasjon ikke alltid er like godt fulgt opp når utprøvende behandling gis til enkeltpasienter som ikke inngår i en klinisk studie.

8.2.1 Endre begrepsbruken i prioriteringsforskriften

Flere aktører, herunder Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, har pekt på at begrepsbruken er uklart. Rådet har spesielt pekt på begrepsbruken i prioriteringsforskriften som forvirrende.

Uklar begrepsbruk i offentlige dokumenter bidrar til at grensene mellom etablert behandling, utprøvende behandling, eksperimentell behandling og forskning fremstår som uklare.²

Norsk helsevesen har gjennom mange år brukt begrepet «utprøvende behandling» om behandling som er under utprøving i klinikken, og ikke kan defineres som etablert medisin. I prioriteringsforskriften brukes dette begrepet om behandling som prøves ut i en klinisk studie³, mens «eksperimentell behandling» brukes om udokumentert behandling som ikke gis som ledd i en klinisk studie.⁴ Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger.⁵ I helseforskningsloven tydeliggjøres det at loven også omfatter pilotstudier og utprøvende behandling.

Det er hensiktsmessig med en enhetlig begrepsbruk som skiller mellom etablert behandling på den ene siden, og behandling som fremdeles anses som utprøvende på den andre siden. Begrepet «utprøvende behandling» tydeliggjør dette, og bør kunne omfatte både behandling som gis gjennom kliniske studier og behandling som gis enkeltpasienter utenfor kliniske studier. Helse- og omsorgsdepartementet vil på denne bakgrunn vurdere å revidere begrepsbruken i prioriteringsforskriften.

8.2.2 Bedre oversikt over omfang av utprøvende behandling

I dag er oversikten over det totale omfanget av utprøvende behandling mangelfull, både for behandling som tilbys gjennom forskningsstudier

² <http://www.kvalitetogprioritering.no/Saker/Fra+%E2%80%9Deksperimentell%E2%80%9D+via+%E2%80%9D+utpr%C3%B8vende%E2%80%9D+til+%E2%80%9D+etablert+behandling%E2%80%9D....12765.cms>

³ Behandling som utprøves som ledd i en vitenskapelig studie, men hvor kravene til fullverdig dokumentasjon om etablert behandling ennå ikke er tilfredsstillende.

⁴ Udokumentert behandling som ikke er ledd i kontrollerte undersøkelser, og hvor virkning, risiko og bivirkninger er ukjent eller ufullstendig klarlagt

⁵ I helseforskningsloven er medisinsk og helsefaglig forskning definert som virksomhet som utprøves med vitenskapelig metodikk, for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom.

og til enkeltpasienter. Helsedirektoratet har derfor fått i oppdrag å utvikle et registreringsystem med bruk av data fra Norsk pasientregister. Utpøvende behandling i spesialisthelsetjenesten skal identifiseres og kodes for å få mest mulig kunnskap om omfanget. Kunnskap om omfang av utpøvende behandling er en viktig forutsetning for å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak. I 2013 vil det bli gjennomført piloter for å identifisere utpøvende behandling på kreftområdet.

Det er behov for en bedre og enklere oversikt over planlagte og pågående kliniske studier. Relevant informasjon om kliniske studier for pasienter og brukere har vært etterspurt både av pasientorganisasjoner og av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten. De regionale helseforetakene skal utvikle og etablere en nasjonal database med oversikt over pågående og gjennomførte kliniske intervensjonsstudier i helseforetakene. Oversikten vil inngå som en del av prosjektdatabasen til de regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

8.2.3 Nasjonale prinsipper for utpøvende behandling

Det skal etableres et sett av nasjonale prinsipper som skal benyttes når utpøvende behandling kan tilbys som en del av helsetjenestetilbudet. Formålet med prinsippene er å bidra til økt bevissthet om bruk av utpøvende behandling, sikre at brukerperspektivet ivaretas og sikre at behandlingen skjer innenfor faglige forsvarlige rammer. Prinsippene vil bli formidlet i styringsdialogen med de regionale helseforetakene, og vil bli lagt til grunn for arbeidet med faglige retningslinjer og handlingsprogrammer.

Utgangspunktet er at utpøvende behandling som hovedregel skal tilbys gjennom forskningsstudier. Det gjelder spesielt bruk av medisinsk utstyr som en del av kirurgisk behandling og bruk av legemidler utenfor godkjent bruksområde. Prinsippene åpner imidlertid for at behandling som ikke er basert på tilstrekkelig vitenskapelig dokumentasjon, unntaksvis kan gis til enkeltpasienter utenfor forskningsstudier når dette er faglig forsvarlig.

8.2.4 Klinisk forskning som integrert del av pasientbehandlingen

Klinisk forskning handler om å teste ut effekten og sikkerheten av ny diagnostikk og nye behandlingsmetoder på pasienter. Helseforskningsloven

Boks 8.2 Nasjonale prinsipper for utpøvende behandling

Utpøvende behandling skal som hovedregel tilbys gjennom kliniske forskningsstudier. Regelverket for gjennomføring av slike studier bidrar til å ivareta krav til faglig forsvarlighet, informasjon til pasienten, samtykke, oppfølging og overvåkning av pasienten, og vitenskapelig dokumentasjon av behandlingseffekt.

Utpøvende behandling kan unntaksvis gis til pasienter på individuell basis når det er:

- Konkludert med at behandlingen er faglig forsvarlig med utgangspunkt i en vurdering av tilgjengelig kunnskap og/eller erfaringer om metodens mulige effekter og bivirkninger
- Gitt tilstrekkelig informasjon om behandlingstilbudet og pasienten aktivt har medvirket i valg av behandlingsmetode
- Etablert protokoller for bruk av behandlingen
- Utarbeidet rutiner for oppfølging og overvåkning av pasienter som mottar behandlingen
- Etablert rutiner for rapportering av bivirkninger og effekt av behandlingen som systematisk kan sammenstilles for alle pasienter som får behandlingen.

Prinsippene skal også gjelde for bruk av legemidler utenfor det bruksområdet de er godkjent for.

har strenge krav til planlegging og organisering av forskningen, krav om godkjenning av forskningsprosjektet fra den regionale komiteen for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (og eventuelt også Statens legemiddelverk), krav om informert samtykke fra forskningsdeltakerne, risikovurdering og informasjon og oppfølging av pasienten. Forventet nytte for den enkelte og andre framtidige pasienter må kunne berettigg risikoen for den enkelte forsøksperson. Det er også særskilte krav for forskning på mindreårige og andre personer uten samtykkekompetanse.

Regelverket inneholder også krav til dokumentasjon av resultater og eventuelle bivirkninger av behandling som gis gjennom forskningsstudier. For publisering av en forskningsstudie, stiller vitenskapelige tidsskrifter krav om at studien registreres i internasjonale databaser og det gjennomføres en fagfelle vurdering for å sikre god kvalitet på forskningen.

Spesielt når det gjelder studier med et lite antall pasienter, kan det oppleves som tidkrevende å skaffe til veie finansiering og søke om godkjenning gjennom regional etisk komité. Videre blir muligheten for gjennomføring redusert fordi kliniske studier må finansieres gjennom konkurranseutsatte forskningsmidler.

Bedre tilrettelegging for kliniske studier

Klinisk forskning er en av hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten og finansieres gjennom rammene til de regionale helseforetakene. Store randomiserte kliniske studier vil som regel kreve deltakelse fra en rekke sykehus for å få et stort nok pasientgrunnlag. Slike studier bør som hovedregel finansieres gjennom forskningsmidler som utlyses enten regionalt, nasjonalt eller internasjonalt. Søknadsprosessen er i seg selv et viktig virkemiddel for å ivareta krav til faglig kvalitet på forskningen. Det er etablert gode systemer regionalt og nasjonalt for å sikre kvalitet, relevans og habilitet ved utlysning og fordeling av forskningsmidler.

Et godt alternativ til større kliniske randomiserte studier, spesielt når pasientgrunnlaget er lite, er å tilby utprøvende behandlingen gjennom prospektive forskningsstudier. Slike studier kan gjennomføres på et mindre antall pasienter og bør kunne håndteres og finansieres innenfor helseforetakenes basisbevilgning.

I 2012 er det etablert et nasjonalt nettverk mellom de kliniske utprøvsenhetene ved universitetssykehusene.⁶ Nettverket skal bidra til å gi nødvendig administrativ forskningsstøtte ved planlegging og tilrettelegging for gjennomføring og kvalitetssikring av kliniske studier i sykehusene. Formålet er å øke omfanget av kliniske studier. Det nasjonale nettverket vil både være en del av et nordisk nettverk⁷ og av det europeiske nettverket for infrastruktur for kliniske studier.⁸

I tillegg utvikler helseforetakene en database for kliniske studier i samarbeid med de regionale forskningsetiske komiteene. Databasen vil gi en god oversikt over alle kliniske studier og vil gjøre det enklere for pasienter å få tilgang til informasjon om pågående studier i sykehusene.

Forenklinger i regelverket

Helseforskningsloven har bidratt til å forenkle søknadsprosessen for forskningsprosjekter. De regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har redusert den gjennomsnittlige saksbehandlingstiden ved behandling av søknader om forskningsprosjekter til under 30 dager. For å redusere saksbehandlingstiden ytterligere, har komiteene foreslått for Kunnskapsdepartementet at avgjørelsesmyndigheten for enkle saker i større grad skal kunne delegeres til komiteenes sekretariat.

I tillegg kan det være aktuelt å vurdere om kravene til utprøving av medisinsk utstyr og legemidler utenfor godkjent bruksområde i større grad bør harmoniseres med kravene til godkjenning av nye legemidler. Utfordringen er at kravene som stilles til klinisk utprøving av legemidler er svært strenge. Det er erkjent at kravene til klinisk utprøving av legemidler gjør det vanskelig for aktører utenfor farmasøytisk industri å gjennomføre kliniske studier. Det pågår derfor arbeid i EU og OECD for å vurdere forenklinger i regelverket.

8.2.5 Utprøvende behandling til enkeltpasienter

Utprøvende behandling til enkeltpasienter er ikke omfattet av de kravene som stilles i helseforskningsloven eller i forskrift om klinisk utprøving av legemidler. Når det gjelder krav til informasjon og samtykke fra pasientene, vil imidlertid pasient- og brukerrettighetslovens regler gjelde.

Siden utprøvende behandling til enkeltpasienter ikke er underlagt det samme systemet som forskningsstudier, vil det være større praktiske utfordringer knyttet til å sikre informasjon og medvirkning og til systematisk dokumentasjon av effekt og sikkerhet. Dette er bakgrunnen for at det nå etableres et sett av nasjonale prinsipper som innebærer at utprøvende behandling bare kan gis til enkeltpasienter når: 1) det er vurdert som faglig forsvarlig å tilby behandlingen, 2) krav til informasjon og medvirkning er ivaretatt, 3) det er etablert protokoller for gjennomføring av behandlingen, 4) det er laget retningslinjer for overvåking og oppfølging av pasienten og 5) det er etablert rutiner for å rapportere om effekt og bivirkninger.

Krav til faglig forsvarlighet

Krav til forsvarlighet ved utprøvende behandling innebærer at metoden må være egnet til å gi

⁶ Norwegian Clinical Research Infrastructure Network (NorCRIN)

⁷ Nordic Trial Alliance

⁸ European Clinical Research Infrastructure Network, ECRIN

pasienten en kurativ eller lindrende effekt og at bruken ikke må sette pasienten i unødige fare. Et sentralt moment er om det finnes alternative behandlingsmetoder som er godt dokumentert. Dersom det finnes alternative behandlingsmetoder, vil det ha avgjørende betydning om det er forhold ved den aktuelle pasienten som tilsier at den nye metoden er mer effektiv, mindre belastende eller av andre grunner er bedre for pasienten. Dersom det ikke finnes alternative behandlingstilbud, må i tillegg konsekvensene av ikke å gi behandling tas med i vurderingen. Det gjelder for eksempel alvorlig syke kreftpasienter. Når det gjelder bruk av legemidler utenfor godkjent bruksområde, vil vurderingen være avhengig av den kunnskapen som er tilgjengelig fra tilsvarende praksis med bruk av legemidlet. For eksempel er det ofte omfattende erfaring med bruk av legemidler til barn selv om legemidlene ikke er godkjent for slik bruk. Hva slags oppfølging og kontroll som settes i verk rundt pasienten vil også ha betydning for vurderingen av om behandlingen oppfyller kravene til faglig forsvarlighet.

Informasjon og medvirkning

Etter pasient- og brukerrettighetsloven har pasienten rett til informasjon som er nødvendig for å forstå hva som er innholdet i behandlingen og mulig risiko og bivirkninger. Pasienten skal informeres om usikkerhet knyttet til tiltakets effekt, mulige bivirkninger og alternative behandlingstilbud. Informasjonen skal være tilstrekkelig til at pasienten kan ta stilling til behandlingen, eventuelt til å velge mellom tilgjengelige undersøkelses- og behandlingsmetoder.

Protokoller for bruk av behandlingen

Når utprøvede behandling gis til enkeltpasienter bør det på samme måte som ved kliniske studier, utformes protokoller som sikrer standardiserte behandlingsforløp og rutiner. Protokoller er spesielt viktig ved utprøving av medisinsk utstyr i kirurgi og annen invasiv behandling.

Rutiner for oppfølging og overvåking

Uprøvede behandling til enkeltpasienter stiller store krav til rutiner for oppfølging og overvåking av pasienten. Eventuelle bivirkninger må registreres fortløpende og eventuelt følges opp med tiltak. Effekten av behandlingen og eventu-

elle behov for å endre prosedyrer skal vurderes fortløpende.

Rapportering og dokumentasjon av effekt og bivirkninger

Systematisk rapportering og dokumentasjon om sikkerhet og effekt av behandlingen er nødvendig for å styrke kunnskapsgrunnlaget og gjøre kunnskapen tilgjengelig for hele helsetjenesten. Dokumentasjonen bør omfatte opplysninger om kliniske effekter (sykdom, død, varighet av implantater mv), pasienterfaringer (livskvalitet, smerte) og kostnader. Registrering av slike opplysninger er viktig for å ivareta krav til kvalitet og pasientsikkerhet for den enkelte pasient og framtidige vurderinger av om metoden skal tilbys som en del av det ordinære behandlingstilbudet. Kvalitetsregistre eller forskningsregistre kan være et nyttig verktøy for å følge utviklingen når nye metoder tas i bruk som en ordinær del av pasientbehandlingen på større pasientgrupper. Legemiddelverket har også etablert et eget bivirkningsregister for legemidler.

8.3 System for metodevurdering i spesialisthelsetjenesten

I nasjonal helse- og omsorgsplan presenterte regjeringen rammene for et nytt system for innføring av nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten. Systemet innføres i spesialisthelsetjenesten fra 2012. Målet er å etablere en mer enhetlig og kunnskapsbasert prosess for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Innføring av systemet skal bidra til at pasienter så raskt som mulig får tilgang til nye virkningsfulle metoder og at behandlingsmetoder som er ineffektive eller skadelige for pasienten ikke brukes. Systemet skal ivareta hensynet til kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen, og bidra til å sikre en bærekraftig utvikling på lang sikt.

Systemet innebærer at spesialisthelsetjenesten skal ta i bruk internasjonalt anerkjente systemer for metodevurdering⁹ for å sikre at beslutningene er basert på et best mulig kunnskapsgrunnlag. Det er viktig at det skilles mellom vurderings- og beslutningsprosessen. Metodevurderingen skal gjennomføres før det tas beslutninger om å innføre nye tiltak eller prosedyrer, nytt medisinsk utstyr, nye legemidler og nye måter å organisere

⁹ Health Technology Assessment, HTA

tjenesten på. Tilsvarende vurdering skal gjøres ved utfasing av eksisterende behandlingsmetoder. Det skal gjøres en systematisk oppsummering og vurdering av metodens effekt og sikkerhet. I tillegg vil det ofte være nødvendig med en vurdering av kostnadseffektivitet, etiske, juridiske og organisatoriske konsekvenser. Kravene til omfang av metodevurderingen vil avhenge av metoden. For eksempel vil det stilles større krav til metodevurderingen ved innføring av robotkirurgi enn ved bruk av en ny tråd i operasjonsstuen. Metodevurderingen skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget. Beslutningsprosessen skal, i tillegg til vurderingen av den spesifikke metoden, bidra til riktig prioritering av samfunnets ressurser og ta hensyn til samfunnets og pasientens preferanser. Metodevurderingen og de øvrige vurderingene i beslutningsprosessen skal være åpne og tilgjengelig for alle som vurderer tilsvarende problemstillinger eller som ønsker å etterprøve vurderingene. Det skal legges vekt på å sikre raske vurderingsprosesser gjennom å videreutvikle systemet for å fange opp nye metoder under utvikling, utnytte nasjonal kapasitet for metodevurdering og bruk av mini metodevurdering.

De regionale helseforetakene, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet samarbeider om å implementere systemet i spesialisthelsetjenesten. Innføring av systemet er et langsiktig utviklingsarbeid som vil stille store krav til koordinering mellom involverte aktører. Det er behov for samhandling med brukere og pasientorganisasjoner, helsetjenesten i kommunene, innovasjons- og forskningsmiljøer og produsenter av ny teknologi.

Beslutninger om innføring av nye behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten vil også få konsekvenser for helse- og omsorgstjenesten i kommunene. På sikt vil det derfor være aktuelt å vurdere hvordan systemet kan ivareta behovet for metodevurdering i denne delen av helsetjenesten.

8.3.1 Etablering av et helhetlig system

System for metodevurdering tar utgangspunkt i det ansvaret aktørene har i dag. Det er en grunnleggende forutsetning at beslutninger skal fattes på lavest effektive nivå i tjenesten. På lokalt og regionalt nivå er det henholdsvis helseforetakene og de regionale helseforetakene som har ansvar for at det gjennomføres systematisk metodevurdering og at beslutninger om å innføre nye metoder er basert på slike vurderinger. Innføring av nye metoder skal skje innenfor gjeldende ressursrammer og finansieringssystem. På nasjonalt nivå er

det Helsedirektoratet som har ansvar for å utvikle og oppdatere nasjonale faglige retningslinjer. Nasjonale retningslinjer som er initiert av Helsedirektoratet skal bygge på de samme prioriteringskriteriene som de lokale og regionale beslutningene. Retningslinjene skal sendes på høring til de regionale helseforetakene.

Helseforetak

Helseforetakene har ansvar for å gjennomføre mini metodevurdering før det tas en beslutning om å innføre nytt utstyr, ny prosedyrerelatert diagnostikk eller nye behandlingsmetoder. Formålet er å gi foretaksledelsen et bedre grunnlag for å ta en beslutning om innføring av metoden eller om den bør håndteres som utprøvende behandling. Beslutningen om å innføre metoden kan tas lokalt dersom metodevurderingen viser at den er virkningsfull og sikker, og kan innføres innenfor enhetens organisatoriske og økonomiske rammer. Dersom mini metodevurderingen eller andre forhold tilsier at det er behov for en mer omfattende vurdering, må beslutningen løftes til et høyere nivå. Mini metodevurdering brukes når det er klinisk usikkerhet eller faglig uenighet om effekt eller sikkerhet ved en ny metode, eller når innføring av metoden reiser etiske spørsmål. Mini metodevurdering skal ikke benyttes til vurdering av legemidler eller metoder der legemidler inngår som en vesentlig komponent. Slike vurderinger skal gjøres på nasjonalt nivå.

Regionale helseforetak

De regionale helseforetakene har ansvar for å vurdere om det er behov for en mer omfattende metodevurdering før nye tiltak innføres i regionen. Det gjelder blant annet nye metoder som ikke kan håndteres innefor det enkelte helseforetaks finansielle rammer, omfatter bruk av et nytt legemiddel, eller har så stor helsegevinst at den bør tilbys på tvers av helseforetakene. Det er de regionale helseforetakene som bestiller metodevurderinger fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens legemiddelverk. De regionale helseforetakene må i fellesskap vurdere om det er hensiktsmessig med felles bestillinger. Koordinering av prioriteringer mellom de regionale helseforetakene vil være av stor betydning. Det finnes flere eksempler på vellykket samarbeid mellom regionene, for eksempel samarbeidet om de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene og samarbeidet om legemiddelinnkjøp. Forankringen i foretaksstrukturen er en forutsetning for at systemet skal

Boks 8.3 Ulike typer metodevurdering

Metodevurdering er en systematisk oppsummering og vurdering av tilgjengelig vitenskapelig litteratur. Vurderingen kan omfatte alt fra utstyr og apparatur til undersøkelse og behandling, prosedyrer (medisinsk eller kirurgisk), legemidler, pleie, til organisering av tjenesten og andre intervensjoner. Metodevurderingen innebærer en systematisk oppsummering og vurdering av metodens effekt, sikkerhet og kostnader. Ofte vil det i tillegg bli gjort en vurdering av kostnadseffektivitet, etiske, juridiske og organisatoriske konsekvenser av prosedyrer og utstyr som benyttes for å forebygge, diagnostisere eller behandle sykdom.

Fullstendig metodevurdering

En fullstendig metodevurdering¹ omfatter en systematisk oppsummering av helseeffekter av en metode, og analyser av økonomiske, organisatoriske, etiske, sosiale, og/eller juridiske konsekvenser. En fullstendig metodevurdering er et omfattende arbeid som det gjerne tar rundt et år å gjennomføre.

Fullstendig metodevurdering skal brukes i tilfeller der det er aktuelt å innføre nye metoder på nasjonalt nivå. Vurderingen brukes for å analysere problemstillinger som inkluderer flere alternative tiltak, for eksempel alternative legemidler ved behandling av depresjon eller ulike kirurgiske prosedyrer for behandling av fedme. Det kan også være aktuelt å bruke en fullstendig vurdering for tiltak som har flere anvendelsesområder.

Hurtig metodevurdering

Hurtig metodevurdering² bygger på dokumentasjon fra produsenter av ny teknologi og er ofte

¹ Health technology assessment, HTA

² Single technology assessment (STA)

³ Mini HTA

basert på et mindre antall publiserte studier enn en fullstendig metodevurdering fordi den i hovedsak gjennomføres i et tidlig stadium av den nye behandlingen eller diagnostikken. Det er en mindre omfattende vurdering som er anslått til en ressursbruk på om lag 25 uker.

Hurtig metodevurdering er egnet til å sammenlikne en ny helseteknologi med eksisterende behandlingsmetoder. Hurtig metodevurdering gjennomføres når det er behov for rask respons på utfordringer knyttet til en ny metode, for eksempel vurdering av nye legemidler og nytt medisinsk utstyr.

Mini metodevurdering

Mini metodevurdering³ er et verktøy som er utviklet for å støtte kunnskapsbaserte beslutninger ved innføring av nye metoder i sykehus. Mini metodevurdering bygger på de samme prinsippene som en fullstendig metodevurdering, men er en svært forenklet versjon som skal kunne gjennomføres i løpet av noen få dager.

Helse Vest RHF har på oppdrag fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten utviklet en norsk versjon av skjema og system for mini metodevurdering og testet det ved to sykehus i regionen. Verktøyet består av et skjema i tre deler og en veileder. Veilederen inneholder kriterier for hvilke beslutninger om nye metoder som skal baseres på mini metodevurdering og hvilke beslutninger som krever mer omfattende vurdering. Spørsmålene i skjemaet skal belyse effekt, sikkerhet, kostnader, organisatoriske konsekvenser og etiske sider knyttet til innføring av den nye metoden.

bli et viktig hjelpemiddel for beslutningstakerne. De regionale helseforetakene må basere beslutningene om innføring av metoden på vurderingene fra Statens legemiddelverk og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Basert på vurderingene, vil de regionale helseforetakene kunne sørge for at det gjennomføres prisforhandlinger.

Nasjonale aktører

Innføring av nye screeningmetoder eller høyspesialisert behandling skal alltid håndteres gjennom etablerte systemer på nasjonalt nivå. Det samme gjelder tilfeller der det er klart at det er behov for en grundig samfunnsøkonomisk eller helseøkonomisk evaluering.

Hurtig metodevurdering av legemidler skal håndteres av Statens legemiddelverk som også utarbeider analyser av budsjettkonsekvenser for helseforetakene. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har ansvar for å gjennomføre hurtig metodevurdering for øvrige metoder. Kunnskapssenteret vil som i dag ha ansvar for å utarbeide fullstendige metodevurderinger på nasjonalt nivå, for eksempel når det er behov for helseøkonomiske analyser i arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer. Helsedirektoratet er ansvarlig for å utarbeide faglige retningslinjer basert på ulike typer metodevurderinger og kunnskapsoppsummeringer. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering har som mandat å vurdere nye og kostnadskrevende metoder i sykehus. Rådet kan gi anbefalinger til regionale helseforetak eller foreslå at Helsedirektoratet utarbeider faglige retningslinjer. Rådet kan også gi råd om hvordan en sak bør håndteres, for eksempel at det bør gjennomføres en fullstendig metodevurdering.

8.3.2 Støttefunksjoner for mini metodevurdering

Helseforetakene skal i størst mulig grad ha kompetanse til å gjennomføre mini metodevurdering. De regionale helseforetakene har ansvar for å etablere støttefunksjoner på regionalt nivå for å sikre at helseforetakene har tilgang til nødvendig kompetanse. Slike støttefunksjoner bør inkludere metodestøtte, tilgang til forskningsbibliotekar, støtte til helseøkonomisk evaluering, og bistand til analyse av budsjettmessige konsekvenser. Videre er det behov for retningslinjer for prioritering som blir akseptert og brukt i hele foretaksstrukturen.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har ansvar for å etablere og drifte nasjonale støttefunksjoner. Kunnskapssenteret har etablert en nasjonal ressursgruppe for mini metodevurdering som drifter en nasjonal database som skal inneholde alle mini metodevurderinger (www.minihta.no). Den nasjonale ressursgruppen tilbyr undervisning og praktisk opplæring i bruk av skjemaet. I tillegg vil Kunnskapssenteret bidra med informasjon om mini metodevurderinger og videreutvikling av det nasjonale skjemaet for mini metodevurdering sammen med de fire regionale helseforetakene.

8.3.3 Nye krav om nasjonale metodevurderinger

Statens legemiddelverk og Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten har ansvaret for å gjen-

nomføre de metodevurderingene som det er behov for nasjonalt og regionalt. Kunnskapssenteret skal utføre hurtige og fullstendige metodevurderinger for nytt medisinsk utstyr, nye diagnostiske tiltak og nye prosedyrer etter bestilling fra regionale helseforetak eller Helsedirektoratet. Statens legemiddelverk gjennomfører hurtig metodevurdering for nye legemidler.

System for metodevurdering i spesialisthelsetjenesten innebærer at det skal etableres retningslinjer for hurtig metodevurdering ved innføring av nytt medisinsk utstyr og legemidler i spesialisthelsetjenesten etter samme mønster som for legemidler på blå resept. Kunnskapssenteret og Legemiddelverket skal gjennomføre slike metodevurderinger innen 180 dager.

I tillegg skal det gjøres en systematisk vurdering av nye godkjente legemidler som skal finansieres av helseforetakene. I dag er det kun legemidler hvor det søkes om opptak på blå resept, som gjennomgår en slik vurdering. Legemiddelindustrien kan pålegges å levere inn kostnadseffektivitetsanalyser for nye legemidler og bruksområder som skal finansieres av helseforetakene. Legemiddelverket vil vurdere hvilke legemidler det vil være aktuelt å vurdere parallelt med at europeiske legemiddelmyndigheter vurderer søknaden om markedsføringstillatelse. Sakene må prioriteres i nært samarbeid med helseforetakene. Vurderingen bør foreligge når legemiddelet lanseres for å sikre at legemidler som oppfyller prioriteringskriteriene kan tas i bruk raskt og hindre bruk av legemidler som er ineffektive eller skadelige for pasienten. I arbeidet med å gjennomføre helseøkonomiske evalueringer av nye legemidler er det nødvendig at Legemiddelverket har et godt samarbeid med de kliniske miljøene på sykehusene. Kunnskapssenteret bør involveres i alle større metodevurderinger av etablert behandling.

Prognoser som avdekker behovet for å gjennomføre kunnskapsoppsummering av nye metoder, vil være et viktig virkemiddel for å sikre forutsigbarhet og legge til rette for planlegging av framtidige metodevurderinger. Kunnskapssenteret deltar i en internasjonal sammenslutning av metodevurderingsmiljøer (Euroscan) som har ansvar for å utarbeide prognoser og vurdere behovet for nye metodevurderinger. Kunnskapssenteret publiserer informasjon fra samarbeidet på www.mednytt.no.

I tilfeller der metodevurderingen viser at det ikke foreligger tilstrekkelig kunnskap om effekt og sikkerhet, er det nødvendig å styrke dokumentasjonen gjennom kliniske studier.

8.3.4 Implementering og oppfølging

Det er viktig med systematisk dokumentasjon og formidling av erfaringer med nye metoder for å styrke kunnskapen om bruk, sikkerhet og effekt. Selv om det er gjennomført kliniske studier, er det først når metodene tas i ordinært bruk at det for eksempel er mulig å fange opp mer sjeldne bivirkninger. Gjennomføring av oppfølgingsstudier og bruk av kvalitetsregistre vil være viktige redska-

per i dette arbeidet. Det vil derfor være aktuelt å gjennomføre fornyet metodevurdering av metoder som er tatt i bruk i spesialisthelsetjenesten etter en tids bruk i klinisk praksis.

Helsedirektoratet vil etablere en nasjonal referansegruppe med deltakelse fra alle sentrale aktører for å støtte arbeidet med innføring og videreutvikling av systemet for vurdering og bruk av nye metoder.

Boks 8.4 Mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder

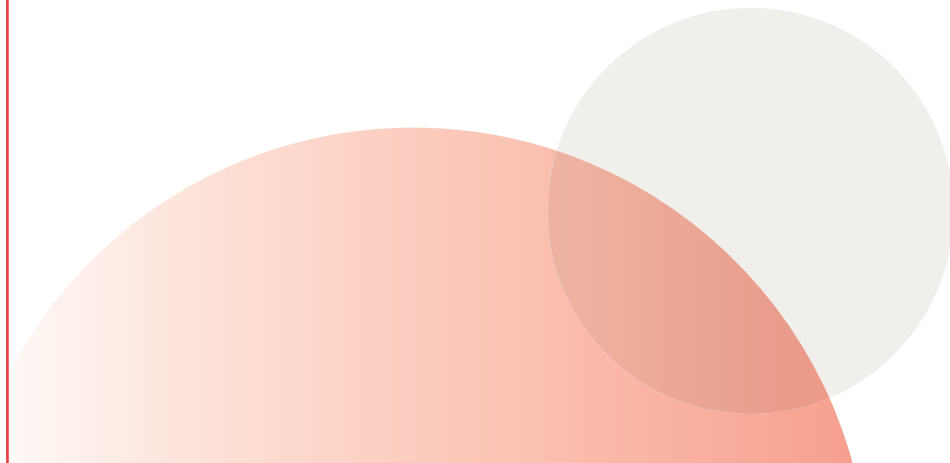
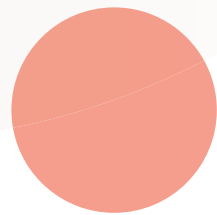
Regjeringen vil:

- Innføre og videreutvikle systemet for bruk av metodevurdering før nye metoder tas i bruk i spesialisthelsetjenesten.
- Etablere retningslinjer for hurtig metodevurdering for ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.
- Gjennomføre hurtig metodevurdering for legemidler som finansieres av spesialisthelsetjenesten.
- Endre prioriteringsforskriften for å få på plass en klarere begrepsbruk knyttet til utprøvede behandling.
- Etablere nasjonale prinsipper for bruk av utprøvede behandling i spesialisthelsetjenesten.
- Sørg for at prinsippene for utprøvede behandling formidles i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og legges til grunn for arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer og handlingsprogrammer.
- Videreutvikle det nasjonale nettverket for klinisk forskning (NorCRIN) og etablere et nordisk samarbeid om kliniske multisenterstudier.

Kapittel



9



Figur 9.1

9 Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

Regjeringens mål er at forskning, innovasjon og utdanning i enda større grad enn i dag skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Det handler om å stimulere til forskning som er relevant for tjenesten, ta i bruk ny kunnskap, bruke forskning som redskap i planlegging og kvalitetssikring, og utnytte praksisnær forskning i kontinuerlig kvalitetsforbedring. Godt samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgssektoren er av stor betydning.

Det er nødvendig med godt samarbeid mellom klinisk forskning, translasjonsforskning og grunnforskning for å utnytte forskningen effektivt. Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nye arbeidsrutiner og måter å levere tjenester på.

Tjenestenes behov for kompetanse skal være grunnlaget for innholdet i utdanningene. Målet er å utdanne kandidater som kan reflektere over egen yrkespraksis og bidra til systematisk kvalitetsutvikling innenfor eget fagområde. Kunnskaps- og kompetanseheving skal være en kontinuerlig prosess for å sikre forsvarlighet i pasientbehandlingen.

Satsingen på helse- og omsorgstjenesteforskning skal videreføres. Forskningsaktørene skal bruke kunnskapsoppsummeringer og data om forskningsaktivitet som grunnlag for å avdekke forskningsbehov og prioritere forskningsprosjekter. Samarbeidet mellom forskningsaktørene, brukerne og tjenesten skal sikre relevans i forskningen. Infrastrukturen for forskning og innovasjon skal stimulere til utprøving av ny teknologi og videreutvikling av tjenestetilbudet. Som ledd i oppfølgingen av stortingsmeldingen om velferdsutdanningene, skal innholdet i grunnutdanningene fornyes og kvaliteten på praksisutdanningene styrkes. Undervisning i metoder for systematisk kvalitetsarbeid skal inkluderes som en del av alle videre- og etterutdanninger for helse- og omsorgspersonell. Det vil bli foreslått en ny autorisasjonsordning for helsepersonell som har utdanning fra land utenfor EØS-området.

9.1 Status og utfordringer

Det har vært en langsiktig satsing på helse- og omsorgstjenesteforskning de senere årene som har gitt resultater. Andelen doktorgrader innenfor helse har økt sammenliknet med alle avlagte doktorgrader i perioden 1980 til 2010, og det har vært en økning i vitenskapelige publikasjoner. Flere forskningsmiljøer holder høy internasjonal standard, for eksempel innenfor klinisk forskning, nevrovitenskap og epidemiologisk forskning. Det har også vært en betydelig økning i forskningsressursene. Det er bygget opp forskningsmiljøer i både spesialisthelsetjenesten, tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Det er fremdeles behov for å bygge opp forskningsmiljøer på enkelte fagområder, for eksempel tannhelsetjenester, rusbehandling og pasientsikkerhet. Universitets- og høyskolesektoren har et særskilt ansvar for grunnforskning, forskningsbasert undervisning og forskerutdanning.

Det gjenstår å etablere et forskningsbasert kunnskapsgrunnlag for forbedring av den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fagmiljøene i kommunene er ofte små og fragmenterte, og forskningen har lite omfang sett i lys av sektorens størrelse og betydning. Kommunene har gjennom ny helse- og omsorgstjenestelov fått et medvirkningsansvar for forskning. Det har også vært en systematisk oppbygging av forskning og forskningskompetanse i omsorgssektoren og i allmennelegjetjenesten. Oppbygging av forskningsmiljøer på dette området krever langsiktig og systematisk arbeid.

I spesialisthelsetjenesten er mye av infrastrukturen for forskning på plass, men det er fortsatt behov for å stimulere til flere kliniske studier og styrke forskning på forskningssvake fagområder. Viktige forutsetninger er å tilrettelegge for økt forskningssamarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgstjenesten, og i større grad utnytte helse- og kvalitetsregistre som grunnlag for forskning.

I 2011 ble det gjennomført en stor fagevaluering innenfor biologisk, medisinsk og helsefaglig forskning. Det ble gjennomført en kartlegging av

situasjonen og gitt konkrete anbefalinger om organisering og styrking av forskningen. Det ble anbefalt at institusjonenes basisfinansiering i større grad skal brukes strategisk og at forskerne bør stimuleres til å søke internasjonal finansiering.

Regjeringens langsiktige satsing på innovasjon i helse- og omsorgssektoren har resultert i en vesentlig innovasjonsaktivitet. Innovasjonsvirkemidlene i regi av det nasjonale nettverket for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren (InnoMed), virkemiddelapparatet i Norges forskningsråd, og Innovasjon Norge har muliggjort vekst i aktiviteten. Virkemidlene dekker imidlertid i varierende grad hele innovasjonsforløpet. Tjenesten mangler systematisk oversikt over innovasjoner, og det er en utfordring å få til spredning av gode innovasjoner til ulike deler av tjenesten. Virkemidler for å få til økt innovasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil bli vurdert i sammenheng med arbeidet med stortingsmeldingen om innovasjon i omsorg.

Helse- og omsorgssektoren er personellintensiv og behovet for arbeidskraft øker. Kravene til kunnskap er også økende på grunn av den generelle samfunnsutviklingen og utviklingen i tjenesten. Tilgang på tilstrekkelig personell med nødvendig kompetanse vil bli en utfordring for framtidens helse- og omsorgstjeneste. Det økte behovet for personell kan medføre at særlig omsorgssektoren må tilsette et betydelig antall ufaglærte for å dekke etterspørselen. I stortingsmeldingen om velferdsutdanningene har regjeringen lagt fram tiltak som skal bidra til å utdanne flere med fagbrev som helsefagarbeidere. Tiltak på arbeidsgiversiden er også nødvendig, og her kan blant annet rekrutteringskampanjen Bli helsefagarbeider vise til gode resultater.

I tillegg kan det bli mangel på personell med høyere utdanning, særlig sykepleiere. Det er behov for en gradvis utbygging av utdanningskapasiteten for enkelte personellgrupper. Regjeringen har de siste årene økt utdanningskapasiteten i de helsefaglige utdanningene gjennom finansiering av nye studieplasser. Helseutdanning er et særlig prioritert område, sammen med lærerutdanninger og realfag og teknologi. Samtidig må det arbeides med effektiv utnyttelse av tilgjengelige personellressurser.

I de senere årene har arbeidsinnvandringen bidratt vesentlig til å dekke behovet for arbeidskraft. Norge skal føre en politikk som innebærer at det ikke skal skje aktiv og systematisk rekruttering av helsepersonell fra land med kritisk mangel på helsearbeidere, men helsepersonell kommer

på eget initiativ som arbeidsinnvandrere, flyktninger eller familiegjenforente. I tillegg er Norge gjennom EØS-avtalen tilknyttet et felles europeisk arbeidsmarked som har som mål å legge til rette for økt mobilitet i EØS-området. Denne utviklingen skaper samtidig et større behov for internasjonalt samarbeid og gode nasjonale rutiner for tilsyn og kontroll. Den enkelte arbeidsgiver har i tillegg ansvar for å ha ansettelsesrutiner som sikrer at helsepersonell har tilstrekkelige kvalifikasjoner, autorisasjoner, og språk- og kommunikasjonsferdigheter.

9.2 Forskning

Forskning bidrar til å styrke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet og er nødvendig for å utvikle effektive og trygge tjenester. Forskning bidrar til kvalitet og pasientsikkerhet gjennom utvikling av ny kunnskap som har betydning for forebygging, diagnostisering, behandling, rehabilitering og omsorg. Forskning som gjennomføres som en integrert del av klinisk praksis gjør helse- og omsorgspersonellet mer faglig oppdatert og pasienter som deltar i forskningsstudier får bedre effekt av behandlingen. I tillegg får personell som deltar i forskning et bedre grunnlag for å gi kunnskapsbasert undervisning. Forskning og fagutvikling gir også et attraktivt arbeidsmiljø. Forskning kan også bidra til innovasjon og utvikling av nye løsninger som kan gi bedre kvalitet og sikkerhet for pasientene. Økt internasjonalisering av helse- og omsorgsforskningen er nødvendig for å styrke forskningskvaliteten og dermed pasientsikkerheten. Internasjonalisering er relevant for alle typer forskningsaktivitet, ikke bare for toppforskningsmiljøer.

9.2.1 Stimulere til forskning som er relevant for tjenesten

Identifisere forskningsbehov

Identifisering av forskningsbehov skal bidra til å sikre bredde i forskningen og styrke forskningssvake områder. Forskningsbehovene kan avdekkes i tjenesten, ved bruk av forskningsdokumentasjonssystemer og gjennom kunnskapsoppsummeringer, retningslinjearbeid og annen systematisk bearbeiding av forskningslitteraturen. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten skal identifisere forskningsbehov gjennom arbeidet med kunnskapsoppsummeringer og publiserer resultatene i en årlig en rapport. Et nasjonalt forsk-

ningsinformasjonssystem (CRISStin) ble tatt i bruk i alle regionale helseforetak, universitet og høyskoler og instituttsektoren fra 2011, og skal gi bedre oversikt over den samlede helseforskningen. Helse- og omsorgsdepartementet ønsker at det skal benyttes et felles klassifiseringssystem for helseforskning i Norge.¹ På denne måten vil det være mulig å sammenstille samlet forskningsaktivitet og resultater på tvers av sektorer og fag- og innsatsområder. Klassifiseringen kan brukes for å avdekke forskningssvake områder og vurdere forskningsinnsats opp mot sykdomsbyrde, og for å avdekke forholdet mellom basalforskning, forebygging, anvendt klinisk forskning og helse-tjenesteforskning. Informasjonen gir et godt grunnlag for å prioritere forskningsressursene. Systemet er pilotert i de regionale helseforetakene, Norges forskningsråd og Kreftforeningen, og utviklet for bruk i det nasjonale forskningsinformasjonssystemet. Klassifiseringssystemet er allerede i bruk i land som Irland, Sverige, Storbritannia, Singapore og Canada, og vil bidra til sammenlikning på tvers av landegrensene.

Det skal stilles krav til forskningsaktørene om å videreutvikle og bruke data om forskning og kvalitet som grunnlag for å avdekke forskningsbehov og prioritere forskningsprosjekter.

Prioritere forskningssvake områder

På enkelte forskningssvake fagområder må det iverksettes særskilte tiltak. Innenfor klinisk forskning vil det være forskningsområder som verken prioriteres av forskningsinstitusjonene eller industrien. Det ble derfor etablert et eget program i 2010 for å ivareta områder der det er behov for offentlig initierte kliniske studier. I første fase omfatter programmet kreftforskning. På sikt er det et mål å utvide offentlig initierte studier til flere områder.

Enkelte forskningssvake områder, for eksempel psykisk helse, rus, omsorg, kvinnehelse og folkehelse, prioriteres gjennom særskilte programmer og satsinger i regi av Norges forskningsråd, oppdragsdokumentene til regionale helseforetak, og Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal samarbeidsgruppe er et rådgivende organ som skal koordinere og fremme dialog mellom aktørene i helseforskning. Samarbeidsgruppen har initiert nasjonale strategiske satsningsområder med prioritering av forskningssvake områder som ett av flere kriterier.

Boks 9.1 Senter for rus og avhengighetsforskning

Senter for rus og avhengighetsforskning ble etablert i 2007 med midler fra Program for rusmiddelforskning i regi av Norges forskningsråd.

Forskningssenteret skal ha hovedvekt på klinikknær rusmiddelforskning og skal i tillegg til forskning tilby undervisning og veiledning av mastergradsstudenter og doktorgradsstudenter på feltet. Senteret skal være et hovedmiljø for rusmiddelforskning i Norge, og det skal ta en ledende nasjonal rolle som nettverksbygger for rusmiddelforskning.

Både programmet for rusmiddelforskning og forskningssenteret er evaluert og programplanen for forskningsprogrammet skal revideres i 2013.

For å styrke forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og tannhelsetjenesten blir det bygd opp kompetansemiljøer innenfor allmennmedisinsk forskning, tannhelse og omsorgsforskning. Videre blir det etablert forskernettverk mellom allmennmedisinske forskningsenheter og de regional odontologiske kompetansesentrene. Det er fremdeles et stort behov for å styrke forskningen på disse områdene. Forsknings- og utviklingsarbeidet utgjør en svært liten andel av budsjettene i sektoren. I utredningen om innovasjon i omsorg er det lagt vekt på at omsorgssektoren må legge et eget kunnskapsfundament som er forankret i brede, flerfaglige og praksisnære miljøer. Problemstillingen vil bli omtalt i den kommende stortingsmeldingen om temaet.

En styrking av forskningssvake fagområder må ikke gå på bekostning av arbeidet med å bygge opp sterke norske forskningsmiljøer av høy internasjonal kvalitet. På dette området har Norges forskningsråd en viktig strategisk funksjon også innenfor helse- og omsorgsforskningen.

Tverrfaglig og tverrsektorielt forskningssamarbeid

Det er behov for å etablere og videreutvikle samarbeid mellom forskningsinstitusjonene, relevante forskningsstøttemiljøer og helse- og omsorgstjenesten for å øke forskningsaktiviteten, kvaliteten og tilgangen til nasjonale forskningsressurser. Behovet for samarbeid innenfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er understreket i Helse-

¹ Health Research Classification System (HRCS)

Boks 9.2 Fem regionale sentre for omsorgsforskning

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Norges forskningsråd etablert fem regionale sentre for omsorgsforskning etter nasjonal utlysning. Sentrene er knyttet til Høgskolene i Nord-Trøndelag, Bergen, Gjøvik og Telemark, og universitetene i Tromsø og Agder. Sentrene skal være forsknings- og kompetansesentre som skal samle, produsere og formidle kunnskap om omsorg og omsorgsarbeid.

Formålet med sentrene er å styrke praksisnær forskning og utvikling på feltet, drive forskningsformidling overfor kommunene, bidra til kompetanseheving i omsorgssektoren og støtte utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i regionen. Sentrene skal også gjennomføre forskning med kommuner som oppdragsgivere.

De fem sentrene for omsorgsforskning danner et nasjonalt nettverk, som ledes av sentret på Gjøvik, og utgjør et tyngdepunkt innen omsorgsforskning i Norge. Sentrene har etablert en felles rapportserie for publisering av rapporter knyttet til prosjekter gjennomført ved de fem sentrene. Rapportserien publiseres på www.omsorgsforskning.no

og omsorgsdepartementets strategi Forskning og innovasjon for bedre samhandling fra 2012

Det er behov for å utvikle samarbeidet mellom forsknings- og utdanningsinstitusjonene og kommunene. De fem sentrene for omsorgsforskning er et godt eksempel på en slik samarbeidsarena.

For å sikre en fremtidsrettet prioritering av helseforskningen skal det utvikles en helhetlig strategi for helse- og omsorgsforskning og innovasjon HelseOmsorg21. Tiltak for styrke samarbeidet mellom universitets- og høyskolektoren og helse- og omsorgssektoren vil også bli vurdert i forskningsmeldingen som regjeringen skal legge fram våren 2013.

9.2.2 Implementere ny kunnskap i tjenesten

Det er en lang vei fra forskning til kunnskapsbasert praksis og det er en utfordring å få helse- og omsorgstjenesten til å ta i bruk ny kunnskap. Resultatene fra ny forskning må formidles i et språk som gjør informasjonen tilgjengelig for

helse- og omsorgspersonell, ledere i tjenesten, byråkrater og politikere.

Formidling av kunnskap

Kunnskapsoppsummeringer fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nasjonale retningslinjer og veiledere, og Helsebiblioteket.no er viktige informasjonskanaler. Helsebiblioteket.no er et offentlig finansiert nettsted som gir helsepersonell og studenter gratis tilgang til kvalitetsvurderte retningslinjer, databaser, tidsskrifter og andre kunnskapsressurser.² Formidling av forskningskunnskap til pasienter og brukere av tjenestene kan kreve ytterligere forenkling, for eksempel egne pasientversjoner. Det er viktig at ny kunnskap og forskningsresultater raskt fanges opp og integreres i nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, slik at disse er i tråd med kunnskapsfronten og kunnskapsbasert praksis.

Passiv distribusjon av kunnskap er ikke nok for å sikre endring i praksis. Det er behov for mer aktivt og målrettet arbeid. En rapport fra Kunnskapssenteret om kunnskapsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten viser at helsepersonell ønsker å ta i bruk verktøy for å få en mer kunnskapsbasert praksis, men at det trengs målrettet undervisning, ildsjeler og forankring hos ledelsen for å få dette til. Implementering av ny kunnskap vil også være lettere i virksomheter der personellet deltar i forskningsprosjekter, personellet har kjennskap til forskningsmetodikk gjennom utdanningen og det er en kultur i virksomheten for kunnskapsbasert praksis. Kompetansesentrenes rolle i dette arbeidet er nærmere omtalt i kapittel 6 Kvalitetsforbedring i tjenestene.

Samarbeid med forskningsmiljøene

Et av de viktigste tiltakene for å få til raskere implementering av ny kunnskap, er å etablere samarbeid mellom vitenskaplige miljøer og helse- og omsorgssektoren. I Norge er det lagt til rette for et tettere samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helseforetakene ved opprettelsen av regionale samarbeidsorgan som skal behandle saker om forskning og utdanning. For å styrke samarbeidet vil Helse- og omsorgsdepartementet revidere instruksjonen til de regionale helseforetakene om samarbeidet med universiteter og høyskoler. I tillegg er Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning i spesialisthelsetjenesten viktig

² Se nærmere omtale i kapittel 6 Kvalitetsforbedring i tjenestene.

Boks 9.3 Senter for samisk helseforskning og Saminor

Senter for samisk helseforskning ble etablert som en enhet ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø i 2001. Senterets hovedoppgave er å framskaffe ny kunnskap om helse og levekår i den samiske befolkningen i Norge.

Forskningscenteret legger vekt på tverrfaglig forskning, befolkningsbaserte studier og bruk av kvantitative metoder. Spesielt viktig er senterets egen helse- og levekårsundersøkelse Saminor. Undersøkelsen ble gjennomført i 2003–2004 i samarbeid med Nasjonalt folkehelseinstitutt. Datamaterialet fra den første Saminor-undersøkelsen har muliggjort studier av forekomst av og risiko for sykdom i den samiske befolkningen sammenliknet med den øvrige befolkningen i det samme geografiske området. Undersøkelsen viser at den samiske befolkningen står overfor noen spesifikke helseutfordringer som det er aktuelt å forske videre på.

I 2012 gjennomføres den andre helse- og levekårsundersøkelsen Saminor 2. Undersøkelsen har som mål å få mer kunnskap om helse og levekår i områder med samisk og norsk bosetning i Norge, inkludert forekomst av risikofaktorer, sykdommer og mulige årsaksforhold. Følgende fem hovedtemaer er dekket i undersøkelsen: 1) metabolsk syndrom og risiko for type 2 diabetes, 2) psykisk helse, 3) trygdemedisin, 4) tannhelse og 5) helsetjenesteforskning. I tillegg er temaene mattrygghet, jernstatus, og samiske verdier, religion og livssyn, inkludert.

for å sikre et bedre samarbeid om helseforskning. Det er etablert et samarbeid mellom sentrene for omsorgsforskning og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester i kommunene.

9.2.3 Bruk av forskning for å heve kvaliteten

Forskning og oppdatert kunnskap bør ligge til grunn for beslutninger i klinisk praksis og i forvaltningen, både ved innføring av nye behandlingsmetoder, utarbeidelse av faglige retningslinjer, legemiddelbruk og utvikling av kvalitetsindikatorer. Det gjelder også organisering, finansiering, planlegging og drift av helse- og omsorgstjenester. Nasjonale faglige retningslinjer, kunnskapsopp-

summeringer og metodevurderinger er sentrale virkemidler.

Forskningsbaserte evalueringer og følgeforskning må i økende grad tas i bruk ved implementering av politiske reformer og andre overordnede tiltak i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor gitt Norges forskningsråd i oppdrag å gjennomføre en forskningsbasert evaluering av samhandlingsreformen parallelt med innføring av reformen.

Bruk av registerdata som utgangspunkt for forskning

Et stort antall medisinske kvalitetsregistre og helseregistre er blitt etablert i løpet av det siste tiåret. Forskning er et hovedformål for de nasjonale helse- og kvalitetsregistrene. For at registrene skal kunne benyttes til kvalitetssikring, kreves det vanligvis at det gjennomføres forskning på dataene. Registerdata kan brukes til forskning på behandlingsmetoder og resultater, og til å avdekke eventuelle senvirkninger. Kvalitetsregistrene kan potensielt brukes til å vurdere praksis, for eksempel til å overvåke om praksis etter faglige retningslinjer gir ønsket effekt. Forskning på data fra medisinske kvalitetsregistre er derfor et viktig supplement til praksisnær forskning. Kvalitetsregistre som inneholder et nasjonalt datasett vil være spesielt nyttige for å overvåke nye og kostnadskrevende metoder.

Det er behov for å styrke omfanget av medisinske kvalitetsregistre i primærhelsetjenesten, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og etablere registre for tannhelsetjenesten. Det er viktig at hensynet til personvernet ivaretas på en god måte, samtidig som reguleringen ikke må være til hinder for at registrene kan brukes til forskningsformål.

Forskning som en integrert del av behandling og omsorg

Praksisnær forskning bør være en integrert del av behandling og omsorg for å bidra til å sikre kvalitet, pasientsikkerhet, raskere tilgang til ny behandling og kostnadseffektivitet. Klinisk og pasientnær forskning bidrar til økt kompetanse og helse- og omsorgspersonellets mulighet til å bruke deler av arbeidstiden på forskning er en god indikator på kvalitet. Helse- og omsorgstjenesten bør ha som et langsiktig mål å ha forskningskompetanse innenfor de fleste sykdomsgrupper og tjenesteområder.

Det er særlig de forskerdrivne studiene, der helsepersonell selv utarbeider forskningsproto-

koller, gjennomfører studier, analyserer og publiserer resultatene som bidrar til kompetansebygging i det enkelte fagmiljø, og som gir kompetanseheving i helse- og omsorgssektoren som helhet. Denne type forskning vil oftere ivareta problemstillinger og pasientgrupper som industrien ikke prioriterer, men som er av samfunnsmessig interesse. Det er et mål å oppnå bedre balanse mellom forskerinitierte og offentlig initierte kliniske studier, og industridrevne studier. Et annet område der samfunnet må ta et større ansvar, er oppfølgingsstudier etter at nye metoder er etablert som standard behandling i det ordinære helsetilbudet.

Det er en utfordring at det er lite praksisnær forskning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester ble derfor kommunene gitt et medvirkningsansvar knyttet til forskning. Lovendringen

bidrar til å understreke behovet for mer forskningsbasert kunnskap i de kommunale tjenestene. Det lages nå en håndbok for kommunenes medvirknings- og tilretteleggingsansvar for forskning. Spørsmålet om fylkeskommunens ansvar for forskning vil bli vurdert i arbeidet med revisjon av tannhelsetjenesteloven.

I stortingsmeldingen om velferdsutdanningene har regjeringen varslet at fagmiljøene som tilbyr helse- og sosialfaglig utdanning skal styrke forankringen i forskning slik at forskningen i større grad kan bidra til kvalitetsutvikling av utdanningene. Som oppfølging av stortingsmeldingen, er det etablert et nytt program for praksisrettet forskning og utvikling for helse- og velferdstjenestene i regi av Norges forskningsråd. Programmet finansieres av Arbeidsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet.

Boks 9.4 Nasjonalt register for leddproteser

På 1980-tallet var flere ulike hoftelddsproteser i bruk i norske sykehus. En ny type sement, kalt Boneloc-sement, ble introdusert i 1991. Sementen oppnådde raskt en stor markedsandel sammenliknet med de andre sementtypene.

Nasjonalt register for leddproteser begynte å registrere innsetting av hoftelddsproteser i 1987. Fra 1994 omfattet registeret alle typer leddproteser. Dataene gjør det mulig å sammenlikne resultater av valg mellom protesetyper, sementtyper og operasjonsmetoder.

Allerede etter tre års registrering viste data fra registeret en høyere hyppighet av reoperasjon blant pasientene som hadde fått proteser med Boneloc-sement. Forskningsstudier basert på data etter 5,5 år og 10 år viste at proteser der det ble brukt Boneloc-sement varte kortere enn proteser der det ble brukt annen type sement. Vitenskapelig publisering av data fra leddproteseregisteret var sterkt medvirkende til at salget av Boneloc-sement ble stoppet på verdensmarkedet.

Forskning fra registeret har bidratt vesentlig til at produkter og prosedyrer med dårlig resultat ikke brukes av kirurgene og at antallet reoperasjoner er redusert med 30 prosent ved norske sykehus siden registeret ble opprettet.

Boks 9.5 Reseptregisteret

Reseptregisteret inneholder anonymiserte opplysninger om alle resepter som er ekspektet på apotek i Norge. Registeret ble opprettet i 2004. Tall fra registeret for 2011 viser at:

- 76 prosent av alle kvinner og 63 prosent av alle menn fikk utlevert minst ett legemiddel på resept
- 30 prosent av alle kvinner og 20 prosent av alle menn fikk utlevert minst ett antibiotikum
- 170 000 fikk utlevert antibiotikumet erythromycin som blant annet blir brukt til behandling av mykoplasma lungebetennelse
- Rundt 20 prosent av befolkningen fikk legemidler mot hjerte- og karsykdom
- 300 000 personer, 8 prosent av alle kvinner og 4 prosent av alle menn, fikk utlevert antidepressiva

Reseptregisteret skal fremme riktig legemiddelbruk og bidra til en bedre helsetjeneste gjennom å levere data til kvalitetsforbedring og epidemiologisk forskning. Ved å gi den enkelte forskriver tilgang til egne forskrivningsdata, kan registeret i tillegg brukes av helsepersonell som verktøy for egen kvalitetsforbedring.

9.3 Innovasjon og nyskaping

Det er mange eksempler på innovasjoner som har bidratt til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Oppdagelsen av antibiotika for å behandle infeksjoner som tuberkulose og utvikling av vaksiner mot polio er gode eksempler.

Mange av dagens innovasjoner gjør det enklere å mestre egen sykdom. Med en insulinpumpe kan en person med diabetes etterlikne kroppens normale insulinsekresjon, og redusere risiko for føling, insulin sjokk og høyt blodsukker. Utviklingen av nye former for bildediagnostikk som ultralyd, CT-undersøkelse, MR-undersøkelse og PET³ er hjelpemidler som bidrar til å stille bedre diagnoser og mer målrettet behandling. Bildeveiledet kikkhullskirurgi og utblokkning av blodårer med stenter er eksempler på innovasjoner som gir mindre bivirkninger og bedre kvalitet enn tradisjonell åpen kirurgi. Utvikling av nettbaserte tjenester, telemedisin og hjemmebaserte tjenester er andre eksempler. Innovasjon kan også handle om å benytte etablerte arbeidsmåter eller teknologi på nye måter og overfor nye brukergrupper.

Framover vil det sannsynligvis skje en omfattende utvikling av ny velferdsteknologi og informasjonsteknologi, med økt bruk av trygghetsalarmer, ny bruk av kommunikasjonsteknologi som sosiale medier og telemedisin, og teknologi som kan stimulere, aktivisere og strukturere hverdagen. Legemidler vil i større grad bli individtilpasset og skreddersydd til den enkelte pasient. Samlet sett er det grunn til å forvente at ny teknologi skal gi bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom mer effektiv og brukerorientert diagnostikk, behandling, rehabilitering og hjemmebasert omsorg.

9.3.1 Identifisere og utvikle nye løsninger

Innovasjonsledelse og innovasjonskultur er viktige forutsetninger for at innovasjon blir en akseptert, integrert og kontinuerlig aktivitet i helse- og omsorgstjenesten. Innovasjonskultur kjennetegnes av evne til å se et problem og erkjenne behov for omstilling, utvikle og ta i bruk nye løsninger, dokumentere og vurdere effekt og bidra til kunnskapsspredning. God innovasjonsledelse vil ikke bare kunne redusere motstand mot nye løsninger og arbeidsrutiner, men bidra til at de ansatte er

med på å utforme løsningene og forbedre tjenestene.

En utfordring er at ansatte i helsetjenesten ikke i tilstrekkelig grad ser rollen som premissgiver for innovasjonsaktiviteten, og at sektoren er tilbakeholden med å ta i bruk nye løsninger. Sektoren mangler oversikt over hvilke produkter og løsninger som finnes. Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er i tillegg kjennetegnet av store driftsenheter med et lite antall ledere.

Det er behov for tettere kunnskapsallianser mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgstjenesten, og mellom næringsliv og helsetjenesten. Det er et stort potensial for en tettere kopling til næringslivet, men kulturelle forskjeller og få felles kontaktflater er en utfordring.

I St.meld. nr. 7 (2007–2008) Et nyskape og bærekraftig Norge er innovasjon i offentlig sektor, spesielt helse- og omsorgssektoren, framhevet som et viktig satsningsområde. Målet er en offentlig helse- og omsorgssektor som er fleksibel nok til å endres i takt med nye utfordringer og nye behov. Det innebærer at det må satses på innovasjon i både planlegging, utforming og utøvelse av tjenestene.

De regionale helseforetakene, Innovasjon Norge, det nasjonale nettverket for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren (InnoMed), Helsedirektoratet, KS og Norges forskningsråd er sentrale aktører i innovasjonsarbeidet.

I de senere årene har det vært satt i gang flere prosesser for å styrke infrastrukturen og stimulere til en kultur for innovasjon i helse- og omsorgstjenesten, særlig innenfor spesialisthelsetjenesten. Det er utnevnt innovasjonsansvarlige ved de regionale helseforetakene, og forslag til nye forskningsprosjekter blir vurdert med utgangspunkt i innovasjonspotensial.

I 2010 etablerte KS en innovasjonsallianse for kommunesektoren. Alliansen består av kommuner og fylkeskommuner, og representanter fra næringsliv, frivillige organisasjoner og departementer. Innovasjonsalliansen skal sette drivere for innovasjon i kommunesektoren på dagsorden, skape debatt om løsninger, bidra til at det utvikles ny kunnskap og synliggjøre gode eksempler på nyskaping og kvalitetsutvikling i kommunesektoren.

Regjeringens satsning på innovasjon og næringsutvikling i helse- og omsorgssektoren er besluttet forlenget til 2017. Satsingen er utvidet til å omfatte utfordringene som er skissert i samhandlingsmeldingen, hele helse- og omsorgstjenesten, forskningsbasert innovasjon og innova-

³ Positron emisjons tomografi (PET) er en undersøkelse som gjør det mulig å se prosesser som foregår i kroppens celler og vev. Undersøkelsen brukes for eksempel til å vurdere aktiviteten i en kreftsvulst.

Boks 9.6 Intervensjonscenteret ved Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

Intervensjonscenteret ved Oslo universitetssykehus utvikler og kvalitetssikrer nye høyteknologiske metoder innen alle medisinske disipliner. Senteret prøver ut nye behandlingsformer med avansert radiologisk og laparoskopisk utstyr i «framtidens operasjonsrom».

Leger fra ulike spesialiteter arbeider sammen med sykepleiere, ingeniører, fysikere, og matematikere i en tverrfaglig organisasjonsmodell. Det er etablert samarbeid med små og store medisinske teknologibedrifter for å utvikle ny medisinsk teknologi i tett samarbeid med klinikerne.

Erfaringene fra 15 års drift viser at utvikling av nye metoder må gjøres slik at både kliniske fordeler og ulemper, pasienterfaringer og forholdet mellom kostnad og nytte blir dokumentert. Sykehusenes behov for en profesjonell handling ved utprøving av nye metoder sammenfaller med teknologibedriftenes behov for klinisk utprøving og kvalitetstesting av nye produkter.

Framtidens operasjonsrom vil inneholde avansert billedannende utstyr som krever erfa-

ring fra å drifte operasjonsstuer, og radiologisk og teknologisk kompetanse.

De teknologiske løsningene ved intervensjonscenteret og organisasjonsmodellen med tverrfaglig organisering, har vakt stor interesse nasjonalt og internasjonalt.



Figur 9.2 Nevrokirurgisk operasjon med mikroskop ved Intervensjonscenteret.

Foto: Intervensjonscenteret.

sjon i offentlige anskaffelser. Utdanningsinstitusjonene skal trekkes inn i arbeidet.

Regjeringen vil legge fram en stortingsmelding om innovasjon i omsorgssektoren som skal ta utgangspunkt i forslagene i utredningen om innovasjon i omsorg. Meldingen skal legge grunnlaget for fornyelse av omsorgsfeltet gjennom kommunalt innovasjons- og utviklingsarbeid, og gjennomgå virkemiddelapparatet for innovasjon i omsorgstjenesten. Meldingen må ses i sammenheng med arbeidet med å utvikle en innovasjonsstrategi for hele kommunesektoren. Det tas sikte på fremleggelse våren 2013.

9.3.2 Raskere spredning av nye løsninger

Det er en stor utfordring at nye løsninger ikke spres og tas i bruk i hele helse- og omsorgstjenesten, men forblir «lokale» innovasjoner. Dette fordi det bidrar til ulikhet i og tilgang til ny teknologi og god praksis. Innovasjon handler ikke bare om å utvikle nye produkter, men også om å ta i bruk en ide, tjeneste eller et produkt i en ny sammenheng. Spredning av nye løsninger er avhengig av infrastruktur, ledelsesforankring, og tilpasning til den sammenhengen der løsningen skal tas i bruk

(lokalt selvstyre, organisering, risiko for å mislykkes med videre).

Mye av teknologien og løsningene som benyttes i helse- og omsorgssektoren har vært teknologidrevet og er utviklet uten tilstrekkelig innsikt i helse- og omsorgstjenesten. En slik tilnærming kan føre til teknologiske løsninger som er dårlig tilpasset den praktiske hverdagen og fjerner oppmerksomheten fra pasient og bruker. Nye produkter, tjenester og organisasjonsformer som er drevet fram av behov fra og utviklet i samarbeid med personell og brukere, vil ha større forutsetninger for å fungere i praktisk bruk.

Mer enn 90 prosent av all teknologi og metoder som brukes i helse- og omsorgssektoren er importert fra utlandet. Størst andel norske produkter finnes innenfor hjelpemidler for eldre og funksjonshemmede som utgjør om lag 25 prosent. En viktig del av innovasjonsarbeidet handler derfor om å tilpasse teknologi og tjenester som er utviklet internasjonalt til norske forhold og norske behov, og å utvikle egne produkt- og tjenesteinnovasjoner med utgangspunkt i norske behov til et internasjonalt marked. Her er det spesielt viktig å bruke innovasjonsvirkemidlet i anbudsprosesser (prekommersielle innkjøp), slik at produktene

Boks 9.7 Medisinsk SimulatorSenter i Trondheim

Medisinsk simulatorsenter er organisert som egen avdeling i Klinikk for Anestesi og Akuttmedisin ved St. Olavs Hospital. I løpet av de siste årene er det bygd opp både teknisk og pedagogisk kompetanse for å drive medisinsk simulering. Instruktørene er leger og sykepleiere med spesialitet innen anestesi, intensivmedisin og pediatri. De har alle fasilitatorutdanning innen medisinsk simulering av europeisk standard.

Medisinsk simulering er en undervisningsmetode som er raskt voksende i utdanning av helsepersonell i store deler av verden. Ved hjelp av en avansert datastyrt dukke gjenskapes scenarioer fra klinisk virksomhet. Rammene rundt scenarioene tilpasses de som skal øve med tanke på omgivelser, læringsmål, vanskelighetsgrad, tilgang på hjelpemidler osv.

Øvelsen gjøres så realistisk som mulig for å øke overføringsverdien til praksis og det gjøres

videoopptak under treningen. Etter hver trening gjennomføres en gjennomgang i etterkant. Gjennomgangen innebærer refleksjon over det deltakerne har vært med på. Ved å diskutere det som skjedde, utforsker en hvorfor handlingsforløpet ble slik som det ble. Simulering er spesielt vel egnet til å trene på kommunikasjon og samhandling i akutte situasjoner. Målet er å omskape det teamet har øvd på til erfaringer gjennom refleksjon over handling. For å understøtte refleksjonen vises klipp av videoopptaket.

Hvert år er det ca. 600 personer i grunn-, videre- og etterutdanning som deltar på kurs. Det meste av aktiviteten foregår på St. Olav Hospital, men det gjennomføres også simulator trening i kliniske arealer både i og utenfor sykehuset. Helse Midt-Norge ønsker å tilby simulator trening ved alle sykehus i regionen.

Se <http://www.simulatorsenteret.no>

kan videreutvikles og tilpasses brukernes (innkjøpernes) behov.

På oppdrag fra KS gjennomførte Høgskolen i Lillehammer og Østlandsforskning i 2010 en analyse av virkemidler og virkemiddelapparatet i kommunenes innovasjonsarbeid. Hovedkonklusjonen i rapporten er at innovasjonspolitiske virkemidler overfor kommunesektoren er dårlig utviklet. Det mangler først og fremst virkemidler som kan føre til innovasjoner av et visst omfang, er risikoavlastende og kan benyttes i en lang utviklingsperiode. Studien viser at kommunene vurderer fylkesmannen og fylkeskommunene som de viktigste aktørene i virkemiddelapparatet. Norges forskningsråd blir ikke oppfattet som en aktør som disponerer innovasjonsvirkemidler som kommunene kan benytte. Innovasjon Norge blir i hovedsak vurdert som en aktør i sammenheng med bygdeutviklingsmidler. Kommunene mener at oppstartsstøtte er det viktigste virkemidlet for å fremme innovasjon. Lovverk og reguleringer blir oppfattet som mest hemmende for kommunenes innovasjonsarbeid. Tilsvarende har innovasjonsmeldingen påpekt at det er viktig å se på i hvilken grad virkemiddelapparatet er tilpasset offentlig sektor og hele helse- og omsorgssektorens behov.

Det vil i arbeidet med stortingsmeldingen om innovasjon i omsorg bli vurdert virkemidler og tiltak for å styrke innovasjonsarbeidet i kommunal sektor.

9.4 Utdanning og personell

Endringene i befolkningens alderssammensetning og andre faktorer som for eksempel veksten i yngre brukere med nedsatt funksjonsevne, vil føre til større behov for helse- og omsorgstjenester. En av de viktigste utfordringene framover blir derfor å sikre tilstrekkelig tilgang på helse- og omsorgspersonell.

Kompetansen til personellet i helse- og omsorgssektoren må utvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen og endringer i befolkningens tjenestebehov. Det er behov for å heve det formelle utdanningsnivået i deler av helse- og omsorgstjenestene, skape større faglig bredde med flere faggrupper, sikre økt vekt på tverrfaglighet, og styrke veiledning, internopplæring og videreutdanning. Størstedelen av arbeidet med å tilpasse utdanningene slik at de svarer på framtidens kompetansebehov, må gjøres av utdanningsinstitusjonene. De er imidlertid avhengige av medvirkning fra helse- og velferdstjenestene for å lykkes med oppgaven.

Gode ordninger for godkjenning av helsepersonell er viktig for å sikre trygge og gode helse- og omsorgstjenester. De offentlige godkjenningsordningene består av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Dette er hovedtilnærmingen i stortingsmeldingen om utdanning for velferd som regjeringen la fram i februar.

9.4.1 Grunntidningene

I stortingsmeldingen om utdanning for velferd har regjeringen lagt fram det faglige og politiske grunnlaget for utvikling av helse- og sosialfaglig utdanning. Det er helse- og velferdstjenestenes behov for kompetanse som skal være utgangspunktet for utdanningenes innhold. Videre må det utvikles et tettere samarbeid mellom utdanning, forskning og yrkesutøvelse. Samarbeid på tvers av utdanningene er viktig for å forbedre studentene på de tværfaglige arbeidsmetodene som møter dem i arbeidslivet. Målet med meldingen er at bedre og mer relevant utdanning og forskning skal bidra til bedre helse- og velferdstjenester. I oppfølgingen av stortingsmeldingen skal det utvikles felles innhold for alle utdanningene og vurderes hvordan profesjonsspesifikke kompetansekrav kan sikre at utdanningene gir den kompetansen tjenestene trenger. Praksisdelen av utdanningene er av stor betydning for sikre studentene nødvendig kompetanse. Omfang og type av praksis skal vurderes for hver utdanning, og det skal utvikles indikatorer på kvalitet og relevans. Det er et mål at flere skal ha praksis i kommunehelsetjenesten. Arbeidet skal gjøres i et samarbeid mellom utdanningssektoren og helse- og velferdssektoren.

Helse- og sosialfaglige utdanninger på universitets-, høyskole- og videregående nivå må tilpasse undervisningen til dagens og framtidens kvalitetsutfordringer og bidra til økt kompetanse i kvalitetsforbedringsarbeid. Kunnskap om systematisk kvalitetsforbedring skal inngå i alle helse- og sosialfaglige utdanninger. Dette handler både om fagkunnskap og om kunnskap om organisering, arbeidspsykologi og statistikk. Flere konkrete undervisningsmoduler er utprøvd og iverksatt, og det bør bygges videre på disse. I tillegg bør krav til slik kompetanse legges inn i opplæringsplanene for lærere innen helse- og sosialfag.

Helse- og omsorgsdepartementet vil vurdere om innholdet i spesialistutdanningen er i tråd med framtidige behov i tjenesten og om det er behov for endringer i dages spesialiststruktur. Det nasjonale regelverket vil bli harmonisert med EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv der det er nødvendig. Det nasjonale regelverket skal sikre at alle spesialister i en offentlig godkjent spesialitet har tilnærmet samme kompetanse. Som første ledd i dette arbeidet, har Helse- og omsorgsdepartementet i stortingsmeldingen om en helhetlig ruspolitikk foreslått å etablere en medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

Ordningen med turnustjeneste for leger vil bli lagt om fra 2013. Omleggingen innebærer at tur-

Boks 9.8 Kunnskap, ledelse og kvalitet i medisinstudiet

I 2011 ble Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK) innført som ett av 30 fag i medisinstudiet i Oslo. KLoK skal gi studentene kompetanse til å utøve legeyrket på en profesjonell måte, både som fagpersoner og som deltakere i grupper og team. Innholdet er basert på en utredning som ble gjennomført av representanter fra fakultetet, kliniske miljøer, Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring er sider ved legers arbeid som tradisjonelt har hatt lite plass i studiet. Den raske utviklingen i medisinen fører imidlertid til at leger må kunne beherske metoder og strategier for å innhente og ta i bruk ny kunnskap. Økt spesialisering og samarbeid mellom faggrupper skaper behov for kompetanse på ledelse, organisering og teamarbeid. Leger trenger kunnskap og ferdigheter som gjør dem i stand til å bidra til kvalitetssikring og forbedring av systemene de arbeider innenfor.

KLoK-faget undervises i seks av tolv semestre av medisinstudiet, fra studiestart til like før sluttteksamen i siste studieår. Samlet gis det 30 timers undervisning i kunnskapshåndtering, 13 timers undervisning i ledelse og helseøkonomi, og 15 timers undervisning i kvalitet og kvalitetsforbedring. I tillegg kommer seminarundervisning om håndtering av avvik og feil og simuleringsøvelser. Hovedtyngden av undervisningen er lagt til studiets siste tre semestre i form av forelesninger, seminarer og oppgaver. Se nærmere omtale:

<http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/>

<http://tidsskriftet.no/article/2817920>

Helsebiblioteket har en egen nettside om kvalitetsforbedring som inneholder en oversikt over utdanningstilbud om kvalitetsforbedring:

<http://www.helsebiblioteket.no/>

Kvalitetsforbedring

nusordningen vil bli søknadsbasert og systemet med loddtrekning blir avvirket. Nyutdannede leger vil ikke lenger ha rett på turnusplass. Tilsetning vil skje etter søknad og i henhold til arbeidslivets regler. Turnusstjenesten gjøres om til en første obligatoriske del av legenes spesialistutdanning som vil bestå av ett år i sykehus og 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det vil bli etablert overgangsordninger for leger som er i gang med turnustjenesten eller som står på venteliste for plass i februar 2013. Dette innebærer blant annet at tidspunktet for autorisasjon må flyttes til etter godkjent cand.med. eksamen for norskutdannede leger.

9.4.2 Opplæring og kompetanseheving i tjenesten

Virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten har et ansvar for å legge til rette for systematisk opplæring av ansatte gjennom tverrfaglig erfaringsutveksling, øvelse og refleksjon over praksis. For å bidra til at ansatte har forbedringskompetanse, er det behov for at tjenestene iverksetter internopplæring i kvalitetsforbedring. Det er behov for personell med bedre kompetanse på kommunikasjon og samarbeid på tvers av tjenestenivåer og sektorer. Det er i tillegg behov for styrket kompetanse på områder som flerkulturell forståelse, brukeroorientering, IKT, forebyggende arbeid, folkehel-

searbeid, psykisk helse, habilitering og rehabilitering, for å nevne noe.

Helse- og omsorgsdepartementet vil bygge videre på kompetanseløftet 2015, kompetanseplan rus og psykisk helse, og kompetansesatsingen i tannhelsetjenesten. Dette er satsinger som er rettet mot rekruttering og kvalifisering av personell, ledelse, og videre- og etterutdanning. Utviklingsprosjektet om etisk kompetanseheving skal videreføres.

Det er viktig for rekruttering og kvalitet at ansatte kan bli kvalifisert gjennom å ta fagbrev som helsefagarbeider og utvikle kompetansen videre gjennom helsefaglige spesialiseringer på fagskolenivå. I stortingsmeldingen om utdanning for velferd varsler regjeringen at det vil bli gjennomført forsøk med Y-veitilbud for kandidater med yrkesutdanning i helse- og sosialfag. Dette vil gi fagarbeidere adgang til relevante høyskolestudier som ledd i en helhetlig plan for livslang læring.⁴

Det vil bli vurdert tiltak rettet mot kommunesektoren for å øke kompetansen i samfunnsmedisin og miljørettet helsevern, og rekruttering av flere farmasøyter og personell med spesifikk ernæringskompetanse. I oppdragsdokumentet til

⁴ Y-vei er adgang til opptak til tilrettelagte utdanningstilbud ved universitet eller høyskole for søkere med eksamen fra yrkesfaglig studieretning i videregående skole som mangler generell studiekompetanse.

Boks 9.9 Stiftelsen BEST – Bedre og systematisk teamtrening

Prosjektet ble startet i 1997 med økonomisk støtte fra Legeforeningen, Hordaland fylkeskommune og tre lokalsykehus i Finnmark og Hordaland. Initiativet kom fra to anestesiloger, en kirurg og en pedagog. I 2002 ble prosjektet omgjort til en ideell stiftelse som tar sikte på å tilby alle landets sykehus trening i traumebehandling.

Selv om luftambulansene og traumesentre ved universitetssykehusene er godt utbygd, vil alle sykehus med akuttfunksjon i praksis måtte være i stand til å starte opp traumebehandling. Målet med treningen er å bidra til bedre ledelse, kommunikasjon og samarbeid rundt alvorlig skadde pasienter gjennom tverrfaglig opplæring av team lokalt på sykehusene. Det legges vekt på at metodene skal være realistiske, troverdige og vitenskapsbaserte. Videre skal metodene kunne benyttes umiddelbart og ha overføringsverdi til andre fagområder.

Kommune-BEST

I 2004 ble det etablert et teamtreningsnettverk utenfor sykehus. Nettverket er nå etablert i Finnmark, Troms og Nordland. Kommuneprojektet bygger på de samme pedagogiske prinsippene som sykehusprosjektet, det vil si teori-gjennomgang, trening i realistiske akuttmedisinske team og vurdering i etterkant. Teamene settes sammen av personell som ivaretar akuttmedisinske oppgaver i den enkelte kommune. Scenariene kan simulere alle typer problemstillinger, både indremedisinske, gynekologiske, syke barn, psykiatri og traumer. Treningen gjennomføres med en ekstern veileder. Målet er at nettverket skal bidra til at de lokale tjenestene skal fortsette å trene på egenhånd.

de regionale helseforetakene for 2012 er det presisert at nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene skal ivareta kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.

Kommuner og helseforetak skal inngå samarbeidsavtaler som legger til rette for å bygge opp kunnskap og kompetanse. Avtalene kan for eksempel omfatte samarbeid med utdanningsinstitusjoner om utdanning, praksisplasser og praksisopplæring til studenter. Samarbeidsavtalene kan være en arena for å etablere samarbeid om å øke kvalitet og sikkerhet på legemiddelhåndtering i institusjoner og i hjemmetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang et pilotprosjekt med utdanning i «kompetanseområdene» palliativ medisin og akuttmedisin. Utdanningen omfatter i første omgang leger med spesialistutdanning, men er tenkt utvidet til flere helseprofesjoner. Utdanningstilbudet skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet på områder som kan karakteriseres som tverrfaglige og tverrprofesjonelle.

9.4.3 Autorisasjon og lisens

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell godkjenner de yrkesgruppene som må ha autorisasjon for å arbeide som helsepersonell i Norge. Helsetilsynet er tilsynsmyndighet for helsepersonell som har fått autorisasjon.

Autorisasjonsprosessen skal sikre at personellet har nødvendige kvalifikasjoner for å utøve yrket i Norge. I dagens ordning er hovedkriteriet at utdanningen skal være like god som en tilsvarende norsk utdanning. Det er imidlertid utfordringer med dagens autorisasjonsprosess. Den ikke er godt nok tilpasset den norske helse- og omsorgstjenestens krav til pasientsikkerhet og språkferdigheter, og søkeres rettigheter blir ikke godt nok ivaretatt. En annen utfordring er at andre nordiske land har gjort endringer i godkjenningsordningene de senere årene, og at forskjeller i ordningene kan føre til ubalanse i det nordiske arbeidsmarkedet.

Helsedirektoratet har utredet et forslag til en ny autorisasjonsordning for søkere med utdanning fra land utenfor EØS-området. Forslaget innebærer at den norske godkjenningsordningen i større grad harmoniseres med de andre nordiske landene, og skal bidra til bedre kvalitetssikring av om søkerne har nødvendige kvalifikasjoner. Videre innholder forslaget krav om at søkerne skal ha nødvendig språkkunnskap og at de skal tilegne seg kunnskap om det norske helse- og omsorgssystemet og samfunnsmessige for-

hold (kurs i nasjonale fag). Forslaget til autorisasjonsprosess har følgende elementer: 1) Vurdering av om utdanningen er like god som tilsvarende norsk utdanning og godkjenning av søkerens dokumenterte utdanning, 2) tester av språklige og faglige ferdigheter, og 3) krav om bestått kurs i nasjonale fag.

Det vil bli vurdert å gi dispensasjon fra ett eller flere krav, for eksempel bortfall av kravet om språkstest for søkere med norsk som morsmål eller fagtest for søkere som har dokumentert utdanning fra institusjon som erfaringsmessig holder et nivå som er jevn godt eller bedre enn norsk utdanning.

Forslaget til autorisasjonsprosess er mer omfattende enn dagens ordning, og vil bidra til å styrke pasientsikkerheten og sikre likebehandling og forutsigbarhet for søkerne. Godkjenningsordningen skal omfatte alle hovedgruppene av helsepersonell, men i første rekke vil ordningen gjennomføres for leger, sykepleiere og helsefagarbeidere. Det legges opp til en gradvis innføring av personellgruppene etter hvert som nødvendige systemer er etablert. Helse- og omsorgsdepartementet vil komme tilbake med konkrete forslag til endringer i regelverket i et høringsnotat.

Norge har et godt samarbeid med de andre landene i Norden om utveksling av informasjon om helsepersonell som har fått autorisasjonen helt eller delvis trukket tilbake. Norge har også deltatt i et pågående arbeid i regi av EU-kommisjonen for å modernisere yrkeskvalifikasjonsdirektivet og få til et tilsvarende samarbeid mellom europeiske land. Det er blant annet foreslått å opprette en felles europeisk varslingsmekanisme som innebærer at land skal varsle hverandre dersom helsepersonell får autorisasjonen helt eller delvis trukket tilbake.

Godkjennings- og tilsynsrutiner er imidlertid ikke tilstrekkelig for å sikre trygge helse- og omsorgstjenester. Det er også nødvendig at arbeidsgivere er nøye med å sjekke referanse fra tidligere arbeidsforhold når de tilsetter helsepersonell. Arbeidsgivere i helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å sjekke bakgrunnen og sikre at den som tilsettes har tilstrekkelige språkferdigheter. For å bistå arbeidsgivere i dette arbeidet, har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å lage og distribuere en veileder om gode rutiner for tilsetting. I veilederen presenteres en rekke tiltak som kan bidra til bedre rutiner ved tilsetting av helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet har også stilt krav til helseforetakene om at ansettelsesprosedyrene skal inkludere kvalitetssikring av framlagt dokumentasjon.

9.4.4 Godkjenning av spesialister

Helsedirektoratet overtok høsten 2011 oppgaven med spesialistgodkjenning av leger, tannleger og optikere fra de respektive yrkesorganisasjonene. Bakgrunnen var et behov for å tydeliggjøre den offentlige myndighetsutøvelsen. Nye arbeidsformer og endringer i arbeidsdeling mellom ulike deler av tjenesten hadde skapt behov for et sterkere grep fra helsemyndighetene for å ivareta økonomiske, samfunnsmessige og helsefaglige hensyn.

I sammenheng med at Stortinget behandlet spørsmålet om spesialistgodkjenning ble regjeringen bedt om å legge fram en egen sak om den framtidige ordningen med utdanning og godkjen-

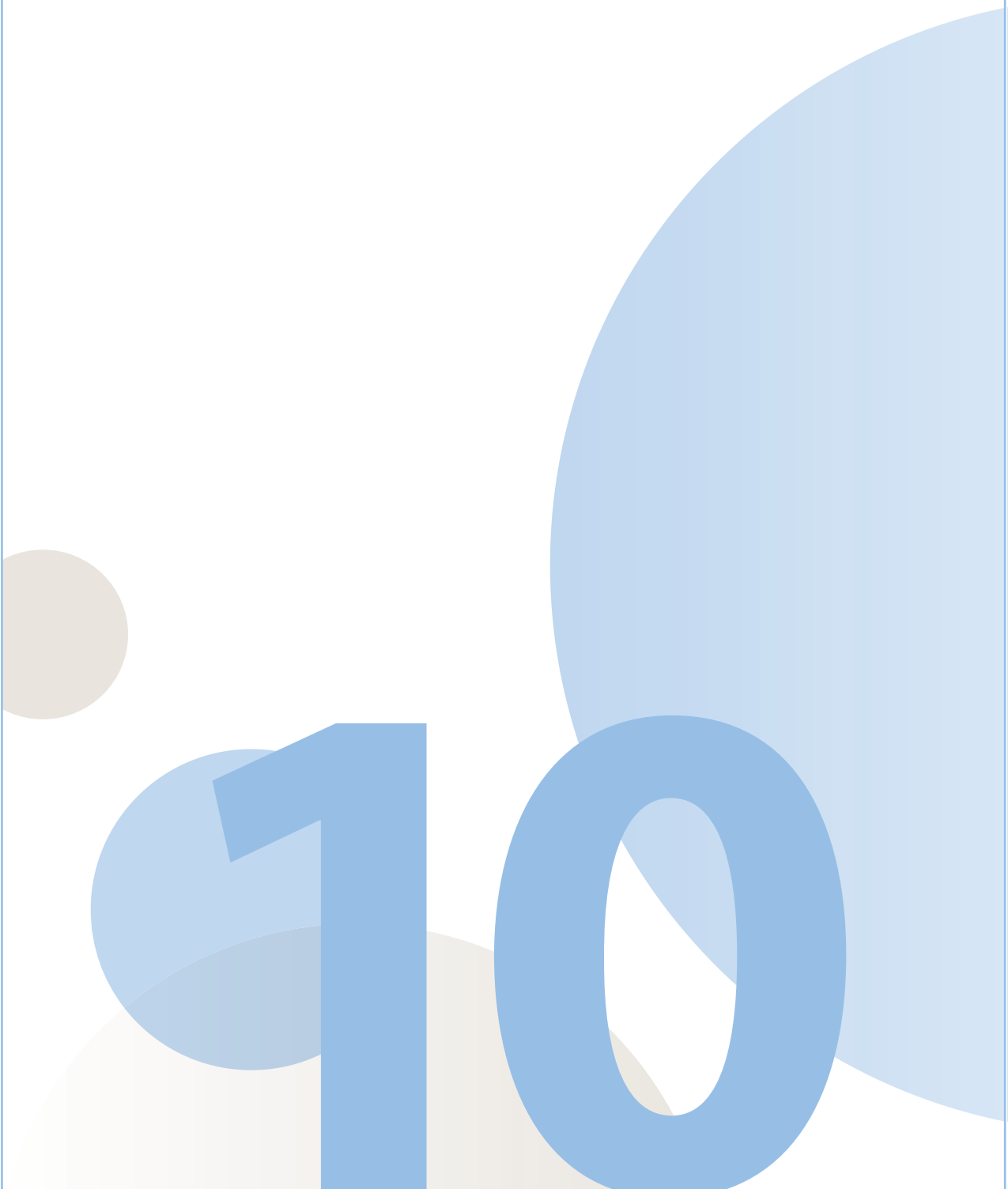
ning av spesialister i helsetjenesten. Som en oppfølging av dette, gjennomgår nå direktoratet hele spesialistfeltet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet har gjennomført en analyse av status, trender og behov for spesialistkompetanse i helsetjenesten fram mot 2030. Direktoratet viser til at behovet for kompetanse henger nært sammen med utvikling av ny teknologi, demografisk utvikling og organisatoriske endringer som følge av samhandlingsreformen. Det vil være et stort behov for helhetstenkning og systemforståelse framover, og kompetanse på ledelse og organisasjonsutvikling vil være avgjørende for å få til nødvendig omstilling og gode pasientforløp.

Boks 9.10 Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

Regjeringen vil:

- Videreføre satsingen på helse- og omsorgstjenesteforskning og innovasjon, og utvikle en overordnet strategi for helse- og omsorgstjenesteforskning i det 21. århundret.
- Stille krav om mer systematisk bruk av kunnskapsoppsummeringer og data om forskning og kvalitet som grunnlag for å avdekke forskningsbehov og prioritere forskningsprosjekter.
- Gjennomgå kompetansekravene i grunnutdanningene og vurdere kvaliteten på praksisutdanningene.
- Bidra til at metoder for kvalitetsforbedringsarbeid inngår som en del av videre- og etterutdanninger for helse- og omsorgspersonell.
- Vurdere nye krav til spesialistkompetanse som følge av medisinsk faglig utvikling og andre endringer i helsetjenesten.
- Foreslå en ny autorisasjonsordning for helsepersonell som har utdanning fra land utenfor EØS-området.

Kapittel



Figur 10.1

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

I denne meldingen retter regjeringen oppmerksomheten mot innholdet og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten og skal føre til bedre helse i befolkningen, mer tilfredse brukere og pasienter og bedre ressursutnyttelse. For at flere pasienter skal få behandling og ventetidene holdes lave, er sykehusenes økonomi styrket betydelig de siste årene. På samme måte skal økningen i rammetilskuddet til kommunene legge grunnlaget for å øke kapasiteten og videreutvikle den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

I utgangspunktet skal arbeidet for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer. På enkelte områder kan det imidlertid være aktuelt å vurdere omdisponering av ressurser. Eventuelle nye tiltak for å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må fremmes i ordinære budsjettframlegg.

Hensynet til en mer aktiv pasient- og brukerrolle skal gjennomsyre alt arbeid for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Ute i virksomhetene må dette reflekteres ved at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger om tiltak. Aktiv medbestemmelse handler ikke om at pasienter og brukere kan velge fritt. Valgmulighetene og handlingsalternativene må ligge innenfor økonomiske rammer og det som helsepersonellet anser som faglig forsvarlig. På nasjonalt nivå må perspektivet inkluderes i arbeidet med å utvikle indikatorer på kvalitet, utvikle faglige retningslinjer og veiledere, og i større grad trekke inn erfaringer fra pasienter og brukere i undersøkelser av kvalitet.

Arbeidet med å legge til rette for selvbetjeningsløsninger og videreutvikle nettstedet og informasjonstjenester vil kreve investeringer og midler til drift. Det samme gjelder utvikling av beslutningsstøtteverktøy for brukere og pasienter. Samtidig vil slike løsninger i noen tilfeller også kunne bidra til reduserte kostnader. Regjeringen har foreslått midler til videreutvikling av tjenestene i regi av helseportalen i budsjettet for 2013.

Se nærmere omtale i stortingsmeldingen om digitale tjenester i helse- og omsorgstjenesten. Det er også foreslått bevilget midler til utvikling av beslutningsstøtteverktøy for kreftpasienter.

I Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan er det gitt som føring at stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet skal vurdere organisatoriske, juridiske, finansielle og styringsmessige virkemidler og rammebetingelser.

Det er de senere årene gjort viktige organisatoriske grep for å forankre arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på nasjonalt nivå. Helsedirektoratet har fått lovfestet ansvar for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og for å utgi nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har etablert en egen enhet for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet, og har fått ansvar for meldeordningen for uønskede hendelser.

Regjeringen foreslår å etablere en permanent enhet i Statens helsetilsyn for oppfølging av særlig alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. I budsjettet for 2013 er det foreslått at Statens helsetilsyn skal styrkes med midler til etablering av enheten. Utover dette inneholder ikke stortingsmeldingen forslag til organisatoriske endringer av betydning.

Helse- og omsorgstjenestens ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid har fått en sterkere forankring i regelverket gjennom nylig gjennomførte endringer i helselovgivningen. Det betyr at regelverket i all hovedsak er på plass på dette området. Stortingsmeldingen omtaler imidlertid en rekke enkeltendringer i eksisterende regelverk som direkte eller indirekte har betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjelder forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven, felles forskrift for internkontroll, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, å forskriftsfeste lokalpolitisk forankring av kvalitetskrav, endringer i tannhelsesloven, og endringer i helselovgivningen for å gi pasienter og pårørende innsyns- og uttalerett i tilsynssaker. Økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene vil bli omtalt i de respektive høringsnotatene.

Kvalitet og pasientsikkerhet har fått en stadig større plass i styringen av de regionale helseforetakene. Utvikling av nye kvalitetsindikatorer skal brukes aktivt i styringsdialogen. Det arbeides med sikte på å etablere et nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering av de regionale helseforetakene. Kvalitetsbasert finansiering innebærer at en andel av budsjettene til de regionale helseforetakene gjøres avhengig av måloppnåelse ved bruk av kvalitetsindikatorer.

Kvalitetsforbedring som del av den ordinære virksomheten er et ansvar for virksomhetene og for ledere på alle nivåer. Systematisk kvalitetsarbeid handler om å bidra til kvalitetsforbedring og læring gjennom å styrke kompetansen hos ledere og ansatte, forbedre rutiner for å forebygge og lære av feil, og systematisk bruk av faglige retningslinjer, kvalitetsindikatorer og annen kompetansestøtte. Det viktigste nasjonale tiltaket for å støtte dette arbeidet er etablering av et 5-årig program for pasientsikkerhet. Programmet skal videreføre pasientsikkerhetskampanjen og bidra til sterkere forankring av arbeidet i tjenesten. Etablering av programmet forutsetter at ressursene som er satt av til pasientsikkerhetskampanjen videreføres.

Arbeidet med å forbedre faglige retningslinjer og veiledere, videreutvikling og forenkling av meldesystemet for uønskede hendelser og videreutvikling av nettverk og arenaer for læring skal i utgangspunktet gjennomføres innenfor eksisterende administrative og økonomiske rammer.

Helsedirektoratet har et lovfestet ansvar for utvikling, formidling og drift av nasjonale kvalitetsindikatorer i helse- og omsorgstjenesten. Det er i de siste årene utviklet en rekke kvalitetsindikatorer, både for spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten. Dette arbeidet skal forbedres og effektiviseres, og kompetansen på utvikling og validering av indikatorer skal samordnes og styrkes.

En av de viktigste kildene til ny kunnskap om forekomst av sykdom, effekt av behandling og

kvalitet på tjenester, er sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Nasjonalt helseregisterprosjekt er etablert for å sikre økt bruk av data, bedre kvalitet og mer sikker håndtering av data for forskning, kvalitetsforbedring og helseovervåkning. Det utarbeides toårige handlingsplaner. Satsingen har en egen post i statsbudsjettet (kap. 782 Helseregistre).

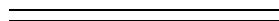
Gjennom systemet for utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder i spesialisthelsetjenesten, vil regjeringen legge klarere rammer som skal sikre faglig forsvarlighet og riktig prioritering av ressursene. Systemet skal bidra til at helseforetakene får et bedre grunnlag for beslutninger om å innføre nye legemidler eller annen ny teknologi i tjenesten. Systemet gjennomføres fra 2012. I budsjettforslaget for 2013 har regjeringen foreslått at det bevilges midler til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens legemiddelverk til gjennomføring av metodevurderinger.

Eksisterende forskningssatsinger skal videreføres og bruken av midlene skal effektiviseres. Det er etablert et nytt program for praksisnær forskning i helse- og velferdsutdanningene i regi av Norges forskningsråd. Saken er omtalt i budsjettframlegget for 2013. Infrastrukturen for forskning og innovasjon skal i større grad rettes inn mot utprøving av ny teknologi og nye tjenester. Ytterligere satsing på å styrke forskning og innovasjon må håndteres gjennom budsjettprosessen. Økonomiske og administrative konsekvenser av en ny autorisasjonsordning for helsepersonell som har utdanning fra land utenfor EØS-området, vil bli omtalt i høringsnotatet.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet
7. desember 2012 om god kvalitet – trygge tjenester
blir sendt Stortinget.



Offentlige institusjoner kan bestille flere eksemplarer fra:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Opplysninger om abonnement, løssalg og pris får man hos:
Fagbokforlaget
Postboks 6050, Postterminalen
5892 Bergen
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00
Faks: 55 38 66 01
www.fagbokforlaget.no/offpub

Publikasjonen er også tilgjengelig på
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Melkeveien/Fotolia

Trykk: 07 Aurskog AS 12/2012

