



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 9

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2018





DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 9

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Kvalitet og patientsikkerhet 2018

Innhold

1	Åpenhet, læring og forbedring – til beste for pasientene	5	5.2	Særskilte tema	21
1.1	Meldingens oppbygging og innhold	7	6	Nasjonalt kvalitetsindikator-system	22
Del I	Sammendrag av kilder som gir innblikk i kvalitet og pasientsikkerhet	9	6.1	Tannhelsetilstand og kariesforekomst hos 5-åringer	23
2	Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv ...	11	6.2	Kvalitetsindikatorer fra spesialisthelsetjenesten	24
2.1	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling	11	6.3	Kvalitetsindikatorer fra kommunal helse- og omsorgstjeneste	25
2.1.1	Health at a Glance 2018	11	6.4	Pasient- og brukererfaringer	30
2.2	Commonwealth Fund	14	7	Helseatlas	31
3	Pasient- og brukerombudene ..	15	Del II	Oppsummering	33
3.1	Utvalgte tema i årsmeldingen	15	8	Departementets oppsummering	35
4	Statens helsetilsyn og fylkesmennene	17	8.1	Hovedtrekk fra de ulike kildene ..	35
4.1	Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering	17	8.2	Mål for kvalitet og pasientsikkerhet	36
4.1.1	Landsomfattende tilsyn i 2018	17	8.3	Virkemidler for å nå målene	37
4.2	Varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten	18	9	Økonomiske og administrative konsekvenser	39
4.3	Særskilte tema	19	Vedlegg		
5	Norsk pasientskadeerstatning .	21	1	Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier	40
5.1	Hovedtrekk i årsrapporten	21			



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Meld. St. 9

(2019–2020)

Melding til Stortinget

Kvalitet og pasientsikkerhet 2018

*Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 6. desember 2019,
godkjent i statsråd samme dag.
(Regjeringen Solberg)*

1 Åpenhet, læring og forbedring – til beste for pasientene

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pasienter og brukere skal få rask, trygg og god hjelp når de trenger det, og de skal oppleve å være en likeverdig part. Dette vil fortsatt være et av regjeringens viktigste innsatsområder framover og er grunnleggende i alt arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Vi har en god helse- og omsorgstjeneste i Norge, og de aller fleste er fornøyd med de tjenestene de får. Derfor har vi et godt utgangspunkt for å videreutvikle tjenestetilbudene. Gjennom en fortsatt systematisk og målrettet satsing vil regjeringen skape pasientens helsetjeneste og en helse- og omsorgstjeneste av høy kvalitet. Det betyr helsetjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere, som er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Det konkrete kvalitetsforbedringsarbeidet og arbeidet med pasientsikkerhet og innsats for å redusere uberettiget variasjon foregår ute i helse-tjenestene, nær pasientene. Regjeringen vil understøtte dette arbeidet gjennom gode rammebetingelser, tydelig styring og satsing på kompe-

tanse. Regjeringen vil bidra til at hele sektoren arbeider sammen om følgende mål:

- pasientens helsetjeneste
- åpenhet, læring og forbedring
- målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er utviklet gode verktøy som helse- og omsorgstjenesten må bruke for å forbedre tjenestetilbudene og redusere uønsket variasjon. Det ene er forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. En god etterlevelse av forskriften er avgjørende for å få på plass et systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til beste for pasientene. Vi vet i dag for lite om kommunenes og spesialisthelsetjenestens etterlevelse, og vi vil derfor sørge for å få mer informasjon om dette. Pasientsikkerhetsprogrammet har bidratt til konkret forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten og en rekke tiltakspakker er tatt i bruk. Arbeidet videreføres gjennom Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Et av hovedmålene i pasientsikkerhetsprogrammet har vært å redusere omfanget av pasientskader. I 2018 ser vi en gledelig nedgang i andel pasi-

entskader. Vi ligger nå på det laveste nivået som har vært målt siden undersøkelser av pasientskader ble startet opp i 2010. Målet om reduksjon i pasientskader videreføres i den nye handlingsplanen.

Vi mangler fortsatt kunnskap på enkelte områder, og det arbeides aktivt for å styrke kunnskapsgrunnlaget og tilgjengeliggjøre data både for pasientene og for helse- og omsorgstjenesten. Kommunalt pasient- og brukerregister er på plass, og arbeidet med flere nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas på psykisk helse og rusområdet er igangsatt. Tjenesten har også i stor grad utviklet og forbedret sine systemer og får bedre tilgang til egne data i sanntid. Det gjør det mulig raskere å omstille og tilpasse tjenestetilbudene til behovene. Utviklingen innen teknologi foregår i et raskt tempo. Regjeringen styrker arbeidet med å digitalisere helse- og omsorgstjenesten – noe som bidrar til at helsedata stadig blir mer tilgjengelige og kan brukes til å utvikle ny kunnskap og bedre tjenester som kommer pasientene til gode. Det viktigste budskapet er at helse- og omsorgstjenesten mer aktivt må ta i bruk tilgjengelig kunnskap og den stadig voksende informasjonsbasen vi har om pasientopplevelser og erfaringer gjennom ulike bruker- og pasientundersøkelser.

Regjeringens arbeid

Kvaliteten i norsk helse- og omsorgstjeneste er gjennomgående god og ifølge enkelte internasjonale målinger, blant de beste i verden. Ifølge OECD skårer Norge blant de beste landene på dødsfall som kan forebygges eller unngås, og vi er blant de land med høyest overlevelse etter flere kreftlidelser. Formålet med denne meldingen er likevel å rette oppmerksomheten mot områder der vi har utfordringer og må bli bedre. Mål og innsats for å understøtte det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten er omtalt ovenfor. De konkrete utfordringer som denne meldingen peker på, følger vi opp gjennom blant annet kommende stortingsmeldinger, handlingsplaner, lovforslag og reformer, jf vedlegg. Noen av disse omtales nærmere her.

Regjeringen vil gjøre hverdagen enklere for familier som har barn med behov for sammenfattede tjenester og har derfor lansert en likeverdsreform. Selv om det finnes mange gode ordninger, er det ikke alt som fungerer like godt. Mange familier som har barn med nedsatt funksjonsevne opplever lite innflytelse over egen hverdag og manglende sammenheng i tjenestetilbudet. Som

ledd i reformen vil regjeringen blant annet at BPA-ordningen skal være et likestillingsverktøy. Det er satt ned et offentlig utvalg som skal beskrive og oppsummere erfaringene med BPA-ordningen, med utgangspunkt i gjennomførte evalueringer samt utrede hvordan ordningen kan utformes slik at den fungerer etter hensikten.

Fastlegeordningen er evaluert. Evalueringen viser at de vesentlige intensjonene med fastlegeordningen langt på vei er oppfylt. Samtidig viser evalueringen at arbeidsmengden som fastlege har blitt for omfattende, kommunene sliter med å rekruttere fastleger, flere fastleger slutter i yrket, og studenter og LIS1-kandidater ønsker i liten grad å arbeide som fastlege. Regjeringen har igangsatt flere tiltak for å sikre god legedekning i hele landet, blant annet ved å videreføre, justere og øke rekrutteringstilskudd og tilskudd til spesialiseringssavtaler (Alis). I budsjettforslaget for 2020 foreslår regjeringen 328,5 mill. kroner til tiltak på allmennlegeområdet. Det skal også legges fram en handlingsplan for allmennlegetjenesten.

Meld. St. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 gir retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med kommunal helse- og omsorgstjeneste. Målet er å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. I meldingen foreslås det blant annet tiltak for å bidra til bedre samhandling mellom kommuner og sykehus, en mer sammenhengende akuttmedisinsk kjede, at spesialisthelsetjenesten flyttes nærmere pasienten ved hjelp av teknologi samt prioritering av kvalitet og fagutvikling innen psykisk helsevern. Sammen med tydelige mål for digitaliseringen, bedre utnyttelse av tilgjengelig kompetanse og videreutvikling av finansieringsordningene vil dette bidra til økt kvalitet i tjenesten og en bedre ressursutnyttelse. I meldingen foreslår regjeringen å etablere 19 helsefelleskap mellom kommuner og helseforetak. Målet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I meldingen omtales også arbeidet for å redusere uønsket variasjon og pasientskader. Regjeringen vil videreføre dette arbeidet.

For å redusere forekomst og dødelighet av tarmkreft, innfører regjeringen et nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft. Programmet skal være landsdekkende innen 2024.

Rusfeltet er et satsingsområde for regjeringen. Med foreslått bevilgning i statsbudsjettet for 2020 er målet med Opptappingsplanen for rusfeltet nådd. De siste tre årene har det vært en kraftig

vekst i årsverk i kommunalt psykisk helse- og rusarbeid. Den gylne regel er gjeninnført, en ny overdosestrategi er lansert og arbeidet med en rusreform er i gang. Ventetiden til rusbehandling er nærmest halvert siden regjeringen tok over, og pakkeforløpene innen psykisk helse og rus er startet opp.

Det er et sentralt mål for regjeringen å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern. Omfanget av tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler har endret seg lite de siste årene, til tross for gjennomførte planer og tiltak. De store geografiske variasjonene i omfanget av tvang indikerer at det er et potensial for økt bruk av frivillige løsninger. Sivilombudsmannen har ved sine besøk til institusjoner i psykisk helsevern uttrykt bekymring over bruken av tvang mot pasientene. Blant annet mener Sivilombudsmannen at praktiseringen av skjerming gir en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Lokale forsøk med utprøving av alternativer til tvang viser at mye av tvangsbruken kan unngås gjennom godt faglig lederskap, bedre kompetanse og en systematisk tilnærming til situasjoner som ofte ender med tvang. Regjeringen vil fortsette arbeidet med å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern.

Tvangslovutvalget leverte sin innstilling (NOU 2019: 14) i juni 2019, og NOUen er sendt på høring med frist 16. desember 2019.

Regjeringen arbeider målrettet med å forbedre kvaliteten i tjenestene og har allerede satt i gang flere tiltak for å bidra til dette. Trygghetsstandardpiloten i sykehjem videreføres, og det nasjonale programmet for pasientsikkerhet I trygge hender 24/7 er videreført gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Sentralt i arbeidet er å videreutvikle kommuneperspektivet og legge til rette for at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring kan etterleves. Senter for omsorgsforskning har i 2019 publisert en kunnskapsoppsummering om variasjon og uønsket variasjon i kvalitet i omsorgstjenestene på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppsummeringen tyder på at det er variasjoner i

kvalitet. Noen av disse kan være naturlige eller tilfeldige, mens andre variasjoner er uheldige. Senter for omsorgsforskning vil følge opp funnene fra kunnskapsoppsummeringen og leverer en ny forskningsrapport i 2020.

Regjeringens kvalitetsreform Leve hele livet skal bidra til at eldre kan mestre livet lenger og ha en trygg og verdig alderdom. Leve hele livet består av løsninger på områder hvor vi vet at det for ofte svikter i tilbudet til eldre, blant annet sammenheng i tjenestene. Regjeringen foreslår derfor at det settes av midler til utvikling av gode modeller for bedre kvalitet, kompetanse og kontinuitet i omsorgstjenestene i statsbudsjettet for 2020. For å fremme eldres interesser, rettigheter og behov i samfunnet, tar regjeringen sikte på å etablere et eget eldreombud og har sendt et lovforslag på høring. Eldreombudet vil bli et viktig talerør for eldre, og ombudet skal engasjere seg i forhold som berører eldres interesser på alle samfunnsområder.

1.1 Meldingens oppbygging og innhold

Denne meldingen omhandler kvalitet og pasientsikkerhet for 2018. Meldingens del I oppsummerer status for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helse- og omsorgstjenesten, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra Pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helseatlas samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer.

Meldingens del II oppsummerer hovedtrekkene som er identifisert i del I. Basert på gjennomgående utfordringer, angis det tre mål for å understøtte kvalitetsforbedringsarbeidet. To sentrale virkemidler omtales nærmere som viktige bidrag til kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet: Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring og Nasjonal handlingsplan for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (2019–2023).

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

2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

Internasjonale målinger av kvalitet og pasientsikkerhet er viktig for å sammenligne helsesystemer. De kan også benyttes som inspirasjon for å videreutvikle kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i det enkelte land. Variasjon i datakildene og beregningene fra ulike land betyr at statistisk usikkerhet knyttet til målingene også vil variere mellom land, og resultatene må derfor brukes med varsomhet. Erfaringer og utbedringer av internasjonale målinger gir stadig mer pålitelig informasjon. Nedenfor gis en oversikt av norsk kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv, basert på informasjon fra Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) og Commonwealth Fund (CMWF).

2.1 Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling

Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) er opprettet for å fremme politikk som bedrer økonomiske og sosiale levekår for mennesker over hele verden. Organisasjonen publiserer oversikter innen ulike policy-områder. Hvert annet år utgis «Health at a Glance: OECD indicators», en rapportserie som gir informasjon om helse og helsesystem for medlemslandene i OECD. Fra 2010 har OECD i samarbeid med EU, supplert serien med regionale rapporter for Europa. Rapportene bidrar til å gi beslutningstakere felles og samlet informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i EU- og EØS-land. «Health at a Glance: Europe 2018, State of Health in the EU Cycle» er dermed den femte regionale helse rapporten og inneholder sammenlignbare resultater fra 36 europeiske land, basert på de nyeste tilgjengelige data.

Nedenfor beskrives Norges resultater fra «Health at a Glance: Europe 2018». Først gis en beskrivelse av Norges resultater for indikatorene som beskriver kvalitet og pasienterfaringer, der nest en kort beskrivelse av hovedpunktene i rapporten fra et norsk perspektiv. Resultater for Norge for OECD-indikatorene er vist i figur 2.1.

2.1.1 Health at a Glance 2018

Det er andre gang rapporten for Europa inneholder de sammensatte indikatorene forebyggbare og unngåelige dødsfall. Eurostat¹ har utviklet indikatorene som viser omfanget av dødsfall som kan unngås ved henholdsvis folkehelseiltak og ved behandling. De tilstandene hvor en kan redusere dødelighet ved forebygging er: hjertesykdommer, lungekreft, ulykker, alkoholrelaterte sykdommer, selvmord, kolorektalkreft, brystkreft og en rekke andre, mindre tilstander/årsaker. Den andre indikatoren ser på dødsfall som i større grad kan unngås ved bedre behandling. Tilstander hvor en kan redusere dødelighet ved behandling er: hjertesykdommer (iskemiske), sirkulasjonssykdommer som for eksempel hjerne- slag, samt kolorektal kreft, brystkreft, blodtrykk, lungebetennelse og en rekke andre, mindre tilstander/sykdommer. Indikatorene vurderer kvaliteten for hele helsesystemet, fra forebygging til behandling i spesialisthelsetjenesten. Tallene presenteres som aldersstandardiserte mortalitetsrater per 100 000 innbyggere, og Norge skårer blant de beste landene på begge indikatorene. Det er flere forhold som kan påvirke dødelighet, og en skal derfor være særlig varsom med hvordan indikatorene benyttes og tolkes.

OECD sin indikator for vaksinasjonsdekning er fra Verdens helseorganisasjon. Norge scorer over gjennomsnittet i EU-landene for meslinger, der dekningen blant norske barn er på 96 prosent. I gjennomsnitt hadde 94 prosent av alle barn i EU mottatt minst en dose meslingvaksine ved fylte ett år. For hepatitt B-vaksine er det i rapporten ikke oppgitt tall for Norge, men også her ligger vaksinasjonsdekningen på 96 prosent, mens tilsvarende tall for EU er 93 prosent. Norge har svært gode data for vaksinasjonsdekning gjennom det nasjonale vaksinasjonsregisteret SYSVAK. Data fra SYSVAK er derimot ikke direkte sammenlignbare

¹ Eurostat er EUs statistikkontor, organisatorisk plassert som et generaldirektorat under Europakommisjonen. OECD og Eurostat samarbeider om innhenting, beregning og rapportering av statistikk i Europa.

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Dødsfall som kan forebygges ¹			☑
Dødsfall som kan unngås ²			☑
Barnevaksinasjon meslinger			☑
Barnevaksinasjon hepatitt B ³		Ikke rapportert	
Pasienterfaringer med fastlege	☑		
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI i og utenfor sykehus			☑
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			☑
Ventetider hoftebrudd			☑
Screening livmorhalskreft			☑
Fem års overlevelse livmorhalskreft			☑
Screening brystkreft/mammografi			☑
Fem års overlevelse brystkreft			☑
Fem års overlevelse tykktarmskreft			☑
Fem års overlevelse endetarmskreft			☑
Vellykket behandling av multiresistent tuberkulose			☑
Sykehusinfeksjoner		☑	
Farvekoder: 			

Figur 2.1 Norges resultater i en tredelt rangering av EU-landene: dårligst/midtre/beste tredel. «Health at a Glance 2018: OECD Indicators».

- ¹ De tilstandene hvor en kan redusere dødelighet ved *forebygging* er: hjertesykdommer, lungekreft, ulykker, alkoholrelaterte sykdommer, selvmord, kolorektalkreft, brystkreft og en rekke andre, mindre tilstander/årsaker. Når det gjelder selvmord, omfatter dataene fra Norge kun innlagte pasienter med en psykiatrisk diagnose og vil derfor ikke nødvendigvis være sammenlignbare med andre land.
- ² Tilstander hvor en kan redusere dødelighet ved *behandling* er: hjertesykdommer (ischemiske), sirkulasjonssykdommer som for eksempel hjerneslag, samt kolorektalkreft, brystkreft, høyt blodtrykk, lungebetennelse og en rekke andre, mindre tilstander/sykdommer.
- ³ I rapporten er det ikke benyttet data fra Norge, men i teksten i dette kapittelet er tall fra SYSVAK hentet for å sammenligne vaksinasjonsdekningen i Norge med de andre EU-landene. Norge har høy vaksinasjonsdekning for hepatitt B.

med andre OECD-land som ofte oppgir estimerer eller bruker spørreundersøkelser for målinger av vaksinasjonsdekning. Derfor kan det av og til fremstå som om Norge ligger lavere enn andre land i slike rapporter. Folkehelseinstituttet publiserer oversikter over vaksinasjonsdekning i Norge på nasjonalt, fylkes- og kommunalt nivå.

Det er særlig utfordrende å finne gode mål for å sammenligne primærhelsetjenestene mellom ulike land. OECD benytter en kombinasjon av spørreskjemaundersøkelser for pasienterfaringer, samt registerdata fra spesialisthelsetjenesten som indirekte mål på kvaliteten. Ved å måle innleggelser på sykehus for kronisk syke

pasienter som indirekte mål på kvaliteten på primærhelsetjenestene antar man at pasienter som får tilstrekkelig og god oppfølging i primærhelsetjenesten sjeldnere legges inn på sykehus for behandling av sykdommen. I årets Health at a Glance er det pasienterfaringer med fastlege som ble rapportert. Norge er blant de land som har høyest andel pasienter som er mindre fornøyd med fastlegene. Det gjelder både med hensyn til hvor mye tid de bruker på pasienter, hvor gode forklaringer de gir og pasientenes opplevelse av å bli involvert i beslutninger i behandlingen.

Som mål på kvaliteten på akutte tjenester, måles dødelighet innen 30 dager etter sykehusinnleggelse for hjerteinfarkt (AMI) og hjerneslag samt andel pasienter som opereres for hoftebrudd innen anbefalte retningslinjer for ventetid til kirurgi. For de to første kvalitetsindikatorne reflekteres hele behandlingsprosessen, fra rask transport til sykehus, til medisinske intervensjoner. Indikatoren påvirkes imidlertid også av forskjeller i sykehusoverføringer, liggetid og sykdommens alvorlighet. Norge er blant de land som har best resultater. Alle landene kan presentere dødelighet på sykehus, men kun enkelte land, deriblant Norge, kan følge pasienten også etter utskrivning fra sykehus. Dette gir et bedre mål på kvaliteten i hele pasientforløpet og fanger opp død som forekommer kort tid etter utskrivning. Siden 2005 har 30 dagers dødelighet etter hjerteinfarkt gått ned over 25 prosent i EU-landene. Indikatoren ventetid til hofteoperasjon beskriver andelen pasienter over 65 år som opereres innen 48 timer. I Norge er denne andelen 96 prosent, som er den høyeste andelen blant EU-landene. Kun Danmark kan rapportere om like høy andel.

OECD benytter overlevelse og dødelighet ved tre krefttyper som indikator på helsesystemets ytelse og kvalitet. I rapporten fra 2018 er det indikatorer for livmorhalskreft, brystkreft og kolorektal kreft (tykk- og endetarmskreft). Det vises relativ overlevelse etter fem år og dødelighet, samt screeningrate for livmorhals- og brystkreft. Variasjon i overlevelseshraten kan skyldes flere faktorer. Det kan være forskjeller i forekomst av sykdom eller diagnostisering, hvor tidlig i sykdomsforløpet kreften oppdages og hvordan den behandles. For helsetjenesten er det relevant at overlevelse etter fem år kan tilskrives både screeningarbeidet og behandlingen. Ved sammenligning av 5-års overlevelse er Norge blant de med høyest overlevelse etter tykktarmskreft (65 prosent vs. EUs snitt på 60 prosent), endetarmskreft (68 prosent vs. EUs snitt på 58 prosent), livmorhalskreft (73 prosent vs. EUs snitt på 63 prosent) og brystkreft

(87 prosent vs. EUs snitt på 83 prosent). Norge har relativ høy screeningrate for livmorhals- og brystkreft/mammografi sammenlignet med gjennomsnittet av EU-landene (hhv. 74 prosent vs. EUs snitt på 61 prosent og 75 prosent vs. EUs snitt på 58 prosent). Enkelte land, for eksempel Sverige, har screeningrater opp mot 90 prosent for mammografi og Østerrike 87 prosent for livmorhalskreft. Etter utbredt implementering av screeningprogrammer samt forbedringer i diagnostikk og behandlingsmetoder, har overlevelseshatene etter flere krefttyper aldri vært høyere i Europa.

Når det gjelder pasientsikkerhet, inneholder rapporten to indikatorer, en for sykehusinfeksjoner og en for vellykket behandling av tuberkulose. Indikatoren for sykehusinfeksjoner ble sist rapportert i 2016. Resultatene baseres på den europeiske punktprevalensstudien fra European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Kun et lite utvalg sykehus i Norge deltok i undersøkelsen, og undersøkelsen var frivillig. Rapporten viste at Norge, Sverige og Danmark var blant de med høyest forekomst av rapporterte sykehusinfeksjoner i Europa, mens i Health at a Glance 2018, skårer Norge som snittet i EU. Den predikerte forekomsten er i underkant av 6 prosent. Indikatoren for vellykket behandling av tuberkulose ble også sist rapportert i 2016. Vellykket behandling betyr her at behandlingen er i tråd med anbefalingene. Behandling av multiresistent tuberkulose innebærer 1–2 års behandling, i enkelte tilfeller lengre tid. Norge er blant de land med beste resultater, med 88 prosent av pasientene med mottatt behandling i tråd med anbefalingene som dermed regnes som vellykket behandling. Dette er en økning siden 2016-rapporten, hvor 85 prosent av pasientene fikk behandling i tråd med anbefalingene.

Rapporten har to temakapitler som omhandler psykisk helse og «wasteful spending», med særlig fokus på sykehusbehandling og legemidler. Å fremme arbeid for å prioritere psykisk helse i Europa identifiseres som svært viktig. Det rapporteres om at mer enn én av seks personer i Europa hadde et psykisk helseproblem i 2016. Dette medfører store økonomiske og sosiale kostnader. Både OECD og EU foreslår en rekke policytiltak på området.

Rapporten identifiserer i det andre temakapitlet ulike kilder til «wasteful spending» i helsesektoren, for eksempel bruk av unødvendige diagnostiske prøver og behandling samt sykehusinnleggelse som kunne vært unngått ved mer forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten, spesielt blant kronisk syke. Bedre helsepolitikk når det

gjelder legemidler blir også anbefalt, blant annet fremhever de nødvendigheten av Health Technology Assessment². I rapporten diskuteres ulike strategier for å redusere slike unødvendige kostnader.

Når det gjelder nøkkelindikatorerne som går igjen fra år til år, rapporteres det om at forventet levealder fortsatt øker, men ikke så fort som før. Resultatene viser at økningen observert de senere år bremser opp i enkelte europeiske land.

Når det gjelder risikofaktorer, rapporteres det at andelen 15–16-åringer som røyker har falt i de fleste land. I Norge er andelen 10 prosent, noe som er nest best i Europa. Norge ligger ellers lavt når det gjelder rusrelaterte indikatorer. Overvekt er et økende problem, og om lag 12 prosent av europeiske 7–8-åringer er overvektige, mens det tilsvarende tallet i Norge er 6 prosent.

2.2 Commonwealth Fund

The Commonwealth Fund (CMWF) er en stiftelse i USA som gjennomfører årlige undersøkelser og sammenligninger av helsesystem i en rekke land. CMWF gjennomførte i 2018 et prosjekt om pasienter med komplekse behov og høye helsetjenestekostnader. Det ble benyttet registerdata fra 12 deltakerland: USA, England, Canada, Frankrike, Norge, Sverige, Australia, New Zealand, Nederland, Tyskland, Sveits og Spania. Analysen sammenlignet pasientkarakteristika, bruk, kostnader og utfall fra helsetjenester for fire definerte pasientgrupper: i) eldre med hoftebrudd og hofte-

² Health technology assessment er metodevurderinger i form av systematiske oppsummeringer og vurderinger av tilgjengelig vitenskapelig litteratur om effekter av tiltak eller diagnostikk i helsetjenesten.

bruddoperasjon; ii) pasienter med hjertesviktinnleggelse og tidligere diabetes diagnose; iii) eldre pasienter med demens; iv) yngre pasienter med alvorlig psykisk lidelse. På grunn av utfordringer med tilgang til alle relevante datakilder, rapporterte Norge kun pasientkarakteristika, samt utfall og bruk av spesialisthelsetjenesten, for tre av fire pasientgrupper. Norge har ikke rapportert resultater for pasienter med psykiske lidelser eller resultater der det var behov for data fra andre kilder enn pasientadministrative data for dag/døgnopphold på sykehusene.

Til tross for at pasientgruppene er relativt like på tvers av land når man sammenligner alder og kjønn, viser resultatene betydelig variasjon i antall komorbiditeter (andre sykdommer) som er identifisert per pasient siste år. Dette kan for eksempel skyldes ulik praksis og insentiver, koding av bidia-gnosier og/eller ulike begrensninger i antall bidia-gnosier som kan registreres på den enkelte pasient.

Resultatene tyder også på at det kan være betydelig variasjon i forekomst, bruk av helsetjenester, kostnader ved og utfall etter helsetjenester i de tolv landene. Variasjonen kan være et resultat av ulike typer datakilder. Man kan heller ikke utelukke forskjeller både innen og mellom land i kodepraksis.

Der Norge leverte resultater, skiller ikke Norge seg ut som spesielt avvikende sammenlignet med andre land. Unntaket er antall dager i sykehus for demenspasienter. Dette skyldes trolig at demenspasientene som er identifisert i de norske dataene er identifisert utelukkende fra sykehusinnleggelse og at disse pasientene dermed er en «sykere» gruppe enn de som er identifisert i andre land.

3 Pasient- og brukerombudene

Pasient- og brukerombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet med til sammen rundt 80 ansatte.

Ombudene har stabil pågang, og i 2018 var det rundt 15 000 henvendelser. I 2018 omhandlet 47 prosent av sakene tjenestesteder i spesialisthelsetjenesten, 31 prosent var knyttet til tjenestesteder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. 15 prosent av sakene gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til et konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. 7 prosent var henvendelser utenfor ombudenes mandat og omhandlet ofte spørsmål knyttet til NAV.

Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. Det er eksempler på lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feil behandling, pasientskade, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer.

Av alle henvendelsene handlet 26 prosent om rettigheter. Som oftest var det mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, fristbrudd, innsyn eller feil i journal eller mangel på medvirkning og informasjon.

17 prosent av henvendelsene gjaldt organisering og rutiner, rot og sommel, for eksempel mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom etater, lang saksbehandlingstid eller mangelfull saksbehandling.

3.1 Utvalgte tema i årsmeldingen

I pasient- og brukerombudenes omtale av utvalgte tema i felles årsmelding for 2018 fremgår følgende:

Trenger vi færre og mer forpliktende pasientrettigheter?

For å realisere pasientens helsetjeneste er det etablert ulike ordninger som skal sikre gode behandlingsforløp. De etablerte ordningene med kontaktlege, forløpskoordinatorer, koordinatorer og individuelle planer og hvem som er ansvarlige for de ulike ordningene, er forvirrende både for pasientene og helsepersonellet. Pasient- og brukerombudene stiller derfor spørsmål ved om tiden er inne for å etablere færre, men mer virkningsfulle og forpliktende ordninger.

Kommunene må ta mer ansvar for fastlegeordningen

Kommunene må ta et større ansvar for å sikre at fastlegene følger fastlegeforskriften og andre krav som stilles fra helsemyndighetene, mener ombudene. Pasienter må få kopi av henvisning og tilbud om kopi av prøvesvar. Dette vil bidra til økt kvalitet, styrket pasientsikkerhet og tryggere pasienter. Unge mellom 16 og 18 år må fritas for egenandel, for å sikre at de har en reell mulighet til å oppsøke fastlegen, også når de ikke ønsker å informere sine foreldre og be om penger til dette.

Leve hele livet – også for de som trenger hjelp

Pasient- og brukerombudene mottar daglig henvendelser fra eldre og deres pårørende. De forteller blant annet om lang ventetid på sykehjemsplass, for få timer og for lavt kvalifisert personell i hjemmetjenestene, et stort antall personer å forholde seg til og demente som er overlatt til seg selv store deler av døgnet. Pasient- og brukerombudene understreker at de er og skal fortsatt være ombud for alle aldergrupper, også de eldre pasientene og brukerne, og ser at det er nødvendig også etter at regjeringen har vedtatt opprettelsen av et nasjonalt eldreombud. Det bør gjennomføres et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene. Det bør gjennomføres tiltak for å bedre kompetanse på bruk av tolk, slik at helse- og omsorgstje-

nestens ansvar for å bestille tolk ved behov etterleves.

Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning ute av kurs?

Ordningsen med Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjenesten, både i omfang og hvordan BPA ses i sammenheng med andre tjenester. Ombudene er kjent med tilfeller der brukere har valgt å flytte til kommuner som har bedre tilbud. Regjeringen har varslet en utredning av BPA-ordningen i 2019. Pasient- og brukerombudene forutsetter at utredningen må ha som mål å oppfylle formålet med ordningen, gi personer med stort hjelpebehov likeverd og frihet samt at bosted ikke skal være avgjørende for tilbudet til den enkelte. Formålet med BPA-ordningen må oppfylles uavhengig av bosted. Forslaget om å oppheve aldersgrensen på 67 år for å beholde BPA, støttes.

Den gyldne regel må etterleves

Psykisk helse er ett av de områdene ombudene mottar flest henvendelser om. «Den gyldne regel» som sier at satsing innen psykisk helse- og rusbehandling skal ha en høyere vekst enn somatisk behandling, er ifølge ombudene stadig like blek. Ombudene mener at helsemyndighetene må stille strengere krav til sykehusene for å nå målet om at psykisk helse- og rusbehandling skal ha høyere vekst enn somatikken.

Pasienter og pårørende forteller om feilslåtte eller mangelfulle behandlingstiltak og folk som blir sykere mens de venter på behandling. Det gjelder både dag- og døgnbehandling. Pasienter etterlyser tettere, bedre, mer planlagt og koordinert oppfølging. Pasienter i psykisk helsevern for voksne beskriver et stort fokus på utskrivning fra dag én ved innleggelse. De siste års omlegging av tilbud fra døgn til dag, trekkes også fram av pasienter som opplever utrygghet i møte med helse-tjenesten. Mange pasienter som tilbys poliklinisk behandling, uttrykker at de i større grad ønsker seg ro og en seng som del av tilbudet.

Tannhelse er også helse

Som hovedregel må voksne selv dekke sine utgifter til tannbehandling, men tannhelsetjenesteloven hjemler unntak knyttet til enkelte diagnoser. Rusavhengighet er ikke en av disse. Personer

med rusavhengighet har likevel rett på offentlige tannhelsetjenester, såfremt de oppholder seg i helseinstitusjon eller mottar hjemmesykepleie fra kommunen i mer enn tre måneder eller er pasienter i LAR. Erfaringen er at mange rusavhengige ikke får fullført sin tannbehandling, fordi helsehjelpen avsluttes før tannbehandlingen er ferdig. Påbegynt tannbehandling til denne pasientgruppen må ses som en viktig del av deres rehabilitering og bør slutføres uavhengig av om de fortsatt oppholder seg i institusjon eller mottar hjemmesykepleie.

Ny time i hånda

Pasient- og brukerombudene mener det bør være et krav at pasienter som forlater en konsultasjon i spesialisthelsetjenesten og er i et forløp, vet når neste konsultasjon vil bli. Det vil gi pasient og pårørende økt trygghet og forutsigbarhet. Det vil også gjøre det enklere å si i fra dersom de opplever brudd i behandlingen.

Ombudene etterlyser alminnelig folkeskikk

Mange henvendelser til ombudene dreier seg om alminnelig omsorg og folkeskikk. Dårlig oppførsel fra helsepersonell gir tilleggsbelastninger for pasienter, brukere og pårørende som allerede står i krevende situasjoner. Helsetjenestene må i tillegg til å ha faglig forsvarlige og gode tilbud, også ha et aktivt forhold til kvaliteten i de menneskelige møtene. Dårlige pasientopplevelser påvirker tilliten til tjenesten, fagpersonellet og systemene. God og tilpasset informasjon til rett tid, brukermedvirkning, bruk av tolk der det er påkrevd, anerkjennelse av pårørende som ressurs og tid til dialog er viktig for god og verdig omsorg.

Lang saksbehandling truer rettsikkerheten og pasientsikkerheten

I dag er saksbehandlingstiden svært lang både hos de fleste fylkesmennene og i Statens helsetilsyn. Dette reduserer tilliten til den endelige avgjørelsen og reduserer læringsutbytte for tjenestestedene i sakene som omhandler kvaliteten på den hjelpen som er gitt. Pasient- og brukerombudene etterlyser et større politisk engasjement for å sikre at tilsynsmyndighetene har tilstrekkelig ressurser til å gi forsvarlig oppfølging av klager og brudd på rettigheter i helse- og omsorgslovgivningen.

4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene

Statens helsetilsyn skal bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i tjenestene, og befolkningens tilitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten.

Tilsynsmyndighetene er Statens helsetilsyn og fylkesmennene. Statens helsetilsyn har det overordnede faglige ansvaret for tilsyn med barneverntjenester, sosiale tjenester, helse- og omsorgstjenester og folkehelsearbeid. Det overordnede tilsynsansvaret innebærer å ha oversikt over sosiale og helsemessige forhold i befolkningen, med særlig vekt på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter. Som overordnet myndighet er det også Statens helsetilsyns ansvar å ha god faglig styring av tilsynet med tjenestene. Det innebærer å koordinere og harmonisere gjennomføringen av tilsynet og legge til rette for at tilsynsmyndighetene vedlikeholder og styrker sin kompetanse. Statens helsetilsyn har også ansvar for utvikling av effektiv tilsynsmetodikk og måter for oppfølging av tilsyn, slik at nødvendige endringer skjer og forholdene bringes i tråd med kravene. Erfaringer og funn fra tilsyn aggregeres og analyseres og formidles i form av rapporter og på annen måte. Statens helsetilsyn skal involvere pasienter, brukere og pårørende i alt tilsyn.

Statens helsetilsyn er også overordnet klagemyndighet for klager om manglende innfrielse av rettigheter.

Tilsynsmyndighetens klagebehandling, tilsyn og rådgivning skal medvirke til at:

- rettssikkerhet, pasientsikkerhet og befolkningens behov for tjenester ivaretas
- sosiale tjenester og helse- og omsorgstjenester drives forsvarlig og folkehelsearbeid ivaretas
- barneverntjenestene er forsvarlige og til barnas beste
- svikt i tjenestene avdekkes, følges opp og forebygges.

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

- varsler om uventede og alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a

- tilsynssaker og rettighetsklager
- planlagte tilsyn som fylkesmannen gjennomfører i kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten
- lovpålagte tilsyn på områdene blod, celler og vev og organer
- kunnskapsoppsummeringer og kartlegginger.

4.1 Hovedtrekk i tilsynsvirksomhetens rapportering

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

4.1.1 Landsomfattende tilsyn i 2018

Tilsyn med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse

Fylkesmennene har gjennomført 20 tilsyn i 19 helseforetak. Tilsynet¹ med spesialisthelsetjenesten ble gjennomført i DPS poliklinikk. Fylkesmennene undersøkte om helseforetakene avdekker eventuelle rusproblemer hos pasienter med psykiske lidelser. De undersøkte også om det legges til rette for og følges opp at pasienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblem får tjenester som er samordnet og helhetlig for begge lidelser. Tilsynene ble gjennomført med fagrevisorer.

Utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter er et hovedfunn i tilsynet. Utredningen skal være bred, og kartleggingen skal omfatte pasientens eventuelle rusmiddelproblemer, soma-

¹ Funnene fra tilsynet er oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 5/2019: *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse. Et stykke igjen til likeverdige tjenester.*

tiske helse, nettverk og pårørende, risikoatferd med videre. Tilsynet avdekket mye svikt knyttet til utredning og oppfølging av eventuell rusproblematikk og somatiske helseproblemer. Behandlerens kompetanse var mange steder ikke godt nok vurdert eller sikret gjennom etablert praksis og opplæring. Mangelfull utredning kan resultere i at pasientens lidelser og livsutfordringer, ut over den psykiske lidelsen, ikke kommer fram og at behandlingen ikke blir tilpasset og helhetlig. Konsekvensen kan bli uforsvarlig pasientbehandling.

Alvorlige mangler i ledelse ga seg utslag i vilkårlig praksis, der det i stor grad var opp til den enkelte behandler å vurdere hva som var godt nok. I helseforetak hvor tjenestene ikke var forsvarlige, hadde de for dårlige rapporterings- og kontrollrutiner til å kunne avdekke sviktområder og iverksette korrigerende tiltak ved behov.

Tilsyn med kommunale tjenester til personer med samtidig rusmiddelproblem og psykisk lidelse

Tilsynet² med kommunene omfattet helse- og omsorgstjenestene og sosiale tjenester, og gjaldt tilbudet til voksne personer over 18 år som på grunn av sammensatte problemer trenger tjenester fra kommunen over tid. Fylkesmennene undersøkte om kommunen la til rette for samarbeid mellom ulike kommunale enheter og med fastlege og spesialisthelsetjeneste, sørget for kartlegging av brukernes helhetlige situasjon og tjenestebehov og for tjenester rettet mot brukernes rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og somatiske helsesituasjon. De så også på om kommunen gjennom tjenestetilbudet bidro til at brukerne kan mestre å bo i egen bolig.

Fylkesmennene fant lovbrudd i to tredeler av de undersøkte kommunene. Tilsynet avdekket blant annet at tjenesteytingen mange steder var tilfeldig og dårlig samordnet. I mange kommuner ble ikke situasjonen til brukerne undersøkt for å få et helhetlig bilde av hvilke utfordringer og ressurser de hadde. Tjenestene ble flere steder også ytt på en lite planmessig måte. Det ble ikke satt mål eller iverksatt tiltak, og tiltak ble sjelden evaluert. Det var også blant funnene at kommunene hadde for lite oppmerksomhet mot den somatiske helsesituasjonen til brukerne og sviktet når det gjaldt hjelp med å mestre å bo.

Fylkesmennene påpekte også at ledelsen i kommunen ikke hadde sikret ansvaret for systematisk styring og ledelse, for eksempel ved at ledere på ulike nivåer ikke var tett nok på til å kunne følge med på om tjenesteytingen holdt god nok kvalitet.

Funnene i de to landsomfattende tilsynene er oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 7/2019: *Sammenfatning av funn fra to landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med tjenester til personer med psykisk lidelse og samtidig rusproblem – eller mulig samtidig ruslidelse.*

4.2 Varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er pålagt å varsle dødsfall eller svært alvorlige hendelser utenfor påregnelig risiko som har sammenheng med helsehjelpen til Statens helsetilsyn. I 2018 har Statens helsetilsyn håndtert 639 saker på grunnlag av varsler om alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Antall varsler mottatt i 2018 ligger på samme nivå som i 2017. I 2018 ble det gjennomført 18 stedlige tilsyn etter slike varsler.

Ved hver varslede alvorlige hendelse gjør Statens helsetilsyn innledende undersøkelser for å kartlegge hendelsen med tanke på å identifisere tegn til svikt og/eller mistanke om uforsvarlige forhold, hvordan pårørende er fulgt opp og hvordan virksomheten selv planlegger å følge opp hendelsen. Hvordan hendelsene blir fulgt opp av det enkelte foretaket er relevant for Helsetilsynet å etterspørre og vurdere, da slik oppfølging er et viktig element i plikten til forsvarlig virksomhet. Det er virksomhetene som har hovedansvaret for å følge opp hendelsen, både overfor pasienter/pårørende og som ledd i det løpende ansvaret for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Virksomhetene forventes å dra lærdom av disse hendelsene og iverksette risikoreduserende tiltak.

Ved undersøkelser, analyse og vurderinger, avdekkes det regelmessig viktig informasjon av betydning for pasientsikkerhet og kvalitet også for andre pasienter, og som er relevante for andre virksomheter.

Ved å undersøke de alvorlige hendelsene gjennom stedlig tilsyn og avdekke lovbrudd, bidrar Statens helsetilsyn til å identifisere risikofaktorer. I oppfølgingen etterspør Helsetilsynet om nødvendige tiltak blir iverksatt for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten, i tråd med ansvaret forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring pålegger virksomhetens ledelse. Virksomhetene blir slik utfor-

² Funnene fra tilsynet er oppsummert i Rapport fra Helsetilsynet 6/2019: *Landsomfattende tilsyn i 2017-2018 med kommunale tjenester til personer med samtidig rusproblem og psykisk lidelse – oppsummeringsrapport. Det heng dårleg saman.*

dret til å iverksette og følge opp risikoreduerende tiltak etter å ha mottatt rapport etter tilsynet. Noen områder der risikoreduerende tiltak er identifisert, planlagt og iverksatt på systemnivå etter alvorlige pasienthendelser, er:

- innføring av systematiske verktøy og rutiner for kommunikasjon og samhandling mellom helsepersonell og mellom ulike avdelinger
- innføring av strukturerte overvåknings- og monitoreringsverktøy
- systematisk arbeid for å bedre arbeidsforholdene for helsepersonell
- utarbeidelse av nye prosedyrer der dette manglet
- etablering av systemer som ivaretar at prosedyrer blir fulgt.

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

Omtrent halvparten av varslene som kommer til Helsetilsynet, er fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Mangler ved utredning, behandling og kontinuitet i behandlingen er vanlige funn vi ser ved oppfølging av varslene. I en stor del av varslene er det imidlertid ikke nødvendigvis sammenheng mellom helsehjelpen og hendelsen. Pasienten kan ha fått god behandling og oppfølging og likevel ta sitt eget liv eller komme til skade på annen måte.

4.3 Særskilte tema

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

Tilsyn med håndtering av blod, celler, vev og organer

Overføring av humant materiale fra donor til mottaker har en iboende risiko for overføring av sykdom via blod, celler, vev og organer. Myndighetskravene er strenge for å redusere denne risikoen. Regelverket skal også sikre at donasjon av materialet skjer frivillig og vederlagsfritt og at levende donor ikke blir utsatt for unødvendig risiko. Statens helsetilsyn er pålagt å føre jevnlig tilsyn med at virksomhetene etterlever kravene.

For å kunne gjennomføre målrettede tilsyn med effekt på pasientsikkerheten, planlegges det tilsyn innen disse områdene ut fra en risikobasert

tilnærming. Hensikten er å identifisere og prioritere virksomheter der Helsetilsynet etter tidligere tilsynsfunn, meldte og varslede hendelser, eller annen relevant informasjon, finner grunn til å anta at virksomhetene driver med for høy risiko for feil i forbindelse med håndtering av blod, celler, vev og organer.

Tilsyn med blod, celler, vev og organer har vist at ledelsen ved mange av virksomhetene hadde etablert systemer for å redusere risikoen ved bruk av humant materiale på mennesker. Helsetilsynet avdekket imidlertid flere forhold der korrigerende tiltak og forbedring etter Helsetilsynets vurdering kunne gitt økt pasientsikkerhet.

Eksempler på forbedringsområder:

- sørge for at humant materiale til bruk på mennesker bare blir håndtert ved godkjente virksomheter
- sikre mulighet for organdonasjon
- fastsette tydelig oppgave- og ansvarsfordeling for involvert personell
- følge opp og bruke avvik til læring og forbedring
- gjennomgå egen aktivitet jevnlig og systematisk og eventuelt korrigerer egen praksis
- sikre at intervjuer av mulige donorer foregår i fortrolighet og at alle får en individuell vurdering av om de er egnet
- etablere rutiner for sikker og dokumentert identifisering av par som kommer til fertilitetsbehandling ved hjelp av assistert befruktning
- sikre rett luftkvalitet når celler og vev blir eksponert for omgivelsene
- kontroll av at kvalitets- og sikkerhetskrav er oppfylt for humant materiale som anskaffes fra eksterne leverandører
- sikre at barn som er født etter fertilitetsbehandling ved hjelp av donorsæd, får oppfylt sin rett til å få opplysninger om donors identitet ved fylte 18 år.

Oppfølging av tilsyn med helseforetakenes behandling av pasienter med blodforgiftning

I 2016–2018 gjennomførte fylkesmennene landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres diagnostikk og behandling av pasienter med sepsis (blodforgiftning)³. Fylkesmennes tilsynslag konkluderte med lovbrudd i samtlige sykehus som ble undersøkt. Erfaringene viser at tilsynene avdekket svikt som hadde stor betydning for pasientene.

³ Tilsynet er oppsummert i rapporten «Sepsis – ingen tid å miste», rapport fra Helsetilsynet 1/2018.

Etter det enkelte tilsynsbesøk skulle tilsynslagene gjennomføre to journalgjennomganger (verifikasjoner) ca. åtte og fjorten måneder etter selve tilsynet. Disse skulle avdekke om helseforetakene hadde fått på plass tilstrekkelige forbedringer for å ivareta pasientsikkerheten. Status etter verifikasjonene var at storparten av helseforetakene hadde arbeidet godt med å følge opp etter tilsynet, og tiden fram til pasientens første legetilsyn og

antibiotikabehandling hadde gått ned. Resultatene var imidlertid ikke tilfredsstillende alle steder, og fylkesmennene fulgte opp videre⁴.

⁴ Oppfølgingen er presentert i Rapport fra Helsetilsynet 8/2019: *Pasienter med sepsis – får de raskere behandling i akuttmottak? Oppfølgingen av landsomfattende tilsyn 2016–2018. Nøkkelen til virkningsfull og varig endring ligger hos virksomhetene.*

5 Norsk pasientskadeerstatning

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. En av NPEs forskriftfestede oppgaver er å bidra med statistiske data til helsetjenestens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebygging. NPE har publisert årsrapporten på npe.no.

5.1 Hovedtrekk i årsrapporten

Antallet saker meldt til NPE gikk ned fra 5821 i 2017 til 5677 i 2018. Dette er en nedgang på to prosent. I 2018 fikk 1235 erstatningssøkere medhold i kravet sitt, mens 3167 fikk avslag. Dette gir en medholdsandel på 28 prosent. Medholdsandelen er ett prosentpoeng lavere enn i 2017. I offentlig helsetjeneste er medholdsandelen 26 prosent, mens den er 45 prosent i privat helsetjeneste. NPE utbetalte i overkant av en milliard kroner i erstatning i 2018. Dette er det nest høyeste beløpet som har blitt utbetalt i løpet av ett år og 35 millioner kroner mer enn i 2017.

I stedet for en egen rapport for regionale helseforetak i 2018, har NPE hatt egne møter med tre av fire regionale helseforetak for å presentere statistikken til det aktuelle regionale helseforetaket. I presentasjonen framkommer det at NPE innenfor spesialisthelsetjenesten behandler flest saker knyttet til ortopedi (37 prosent) og kreftsaker (16 prosent). Høyest medholdsandel er det innen ortopedi med 38 prosent medhold. Svikt i behandlingen er den hyppigste årsaken til medhold med 57 prosent. Svikt i diagnostikk utgjør den nest største andelen med 28 prosent. I presentasjonen pekes det på hva som er årsaker til svikt i behandlingen og svikt i diagnostikk. De hyppigste årsakene til svikt i behandlingen er «feil behandlingsteknikk/metode», «ufullstendig/ikke igangsatt behandling/undersøkelse» og «ikke grunnlag for operasjon/behandling». For svikt i diagnostikk er de vanligste årsakene «funn ikke fulgt opp/man-

gelfull utredning», «feiltolkning av prøvesvar/klinisk undersøkelse» og «ikke rekvirert prøve/undersøkelse».

5.2 Særskilte tema

NPE har gjennom 2018 månedlig publisert nye saker i serien «Kort om». Dette er en artikkelserie som ble lansert høsten 2017. Artikkelen presenterer kort og oversiktlig erstatningsstatistikk innen utvalgte medisinske områder, for å dele noe av tallmaterialet som kan hentes ut av NPEs database. De siste sakene omhandler føflekkreft, rutinesvikt og hofteproteser.

I 2018 ble det foretatt en gjennomgang av pasientskadesaker innen radiologi. Gjennomgangen har ført til en mastergradsoppgave i folkehelsevitenskap ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet. I oppgaven ble saker analysert, og det kom frem forbedringsforslag for å redusere antallet pasientskader innen dette fagområdet.

NPE har etter avtale med tre av de fire regionale helseforetakene hentet inn tall fra helseforetakene i disse regionene for å se på samsvar mellom medholdssaker i NPE og saker meldt i de lokale avvikssystemene. Hensikten med kartleggingen er å finne ut om det er skader som ikke er meldt i avvikssystemet og om det eventuelt er noen generelle tendenser når det gjelder fagområder og skadetyper. Lavt samsvar kan indikere at pasientskader ikke blir meldt i tilstrekkelig grad og kan gi grunnlag for å styrke meldekulturen innen de aktuelle fagområdene. Resultatene viste at 1/3 av medholdssakene i NPE var blitt meldt i de lokale avvikssystemene. Det er stor variasjon mellom helseforetak og fagområder.

I 2018 ble det også gjort en systematisk gjennomgang av saker som omhandlet håndleddsbrudd.

6 Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

Et godt og velfungerende helse- og omsorgssystem gir riktig, sikker og virkningsfull behandling og oppfølging, uavhengig av hvor man bor i landet og på tvers av sosiale skillelinjer. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet og baserer seg på rammeverket til OECDs Health Care Quality Indicators Project¹. Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, vedlikeholde og formidle nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten.

En kvalitetsindikator er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene. Kvalitet i helsetjenesten er definert som helsetjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt². Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljø i helsesektoren, registermiljø, fagorganisasjoner og brukerrepresentanter³.

¹ HCQI-prosjektet har endret navn til The Health Care Quality and Outcomes programme. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

² Helsedirektoratet (2017), Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, IS-nr: 2620

³ Helsedirektoratet (2018), Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten, IS-nr: 2690

Nasjonale kvalitetsindikatorer har flere formål. De skal brukes til kvalitetsforbedring i tjenestene, og de skal gi politisk ledelse, myndigheter og ledere på alle nivå et godt grunnlag for planlegging og styring. Kvalitetsindikatorene skal gi pasienter, brukere og pårørende mulighet til å velge behandlingssted på et kvalifisert og informert grunnlag. Slik skal også kvalitetsindikatorene bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet. Resultatene offentliggjøres derfor regelmessig på www.helsedirektoratet.no.

Helsedirektoratet utgir årlig en rapport om nasjonalt kvalitetsindikatorsystem som oppsummerer årets leveranser, fokusområder og prioriterte oppdrag. Kvalitetsindikatorsystemet bestod ved utgangen av 2018 av 177 indikatorer inndelt i områdene somatisk helsetjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester, tannhelse, legemidler, akuttmedisinske tjenester, psykisk helsevern og ruslidelser. I 2018 ble det utviklet 9 nye nasjonale kvalitetsindikatorer innen områdene infeksjon, kreft, diabetes, tannhelse og pårørendes erfaringer med behandling av barn med diabetes type 1. Indikatorer innen psykisk helsevern, akuttmedisinske tjenester og hjerte- og karsykdommer ble revidert, og indikatorer innen tannhelse ble faset ut og erstattet med nye tannhelseindikatorer. I tråd med planen ble det gjennomført 4 publiseringer for kvalitetsindikatorene i 2018.

Resultatene for 2018 viser at utviklingen på enkelte kvalitetsindikatorer ikke går i ønsket ret-

Tabell 6.1 Oversikt over antall nasjonale kvalitetsindikatorer i 2018 (2017-tall i parentes)

Overordnede områder	Totalt antall kvalitetsindikatorer	
Somatisk helse ¹	112	(106)
– herav pakkeforløp for kreft	30	(30)
Psykisk helse og rus	29	(29)
Kommunale helse- og omsorgstjenester	25	(25)
Legemidler	5	(5)
Tannhelse	6	(6)
Sum	177	(171)

¹ Inkluderer akuttmedisin

ning. Dette gjelder noen av indikatorene for spesialisthelsetjenesten som inngår som styringsindikatorer i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2018, blant annet ventetider i somatisk helsetjeneste og forløpstider for pakkeforløp for kreft. På andre områder ser vi gode resultater, for eksempel når det gjelder ventetider i psykisk helsevern som gikk ned i 2018. Målet om ventetid under 50 dager ble også nådd med god margin for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Andelen diabetespasienter med god regulering av blodsukkernivået går også i riktig retning for alle regioner.

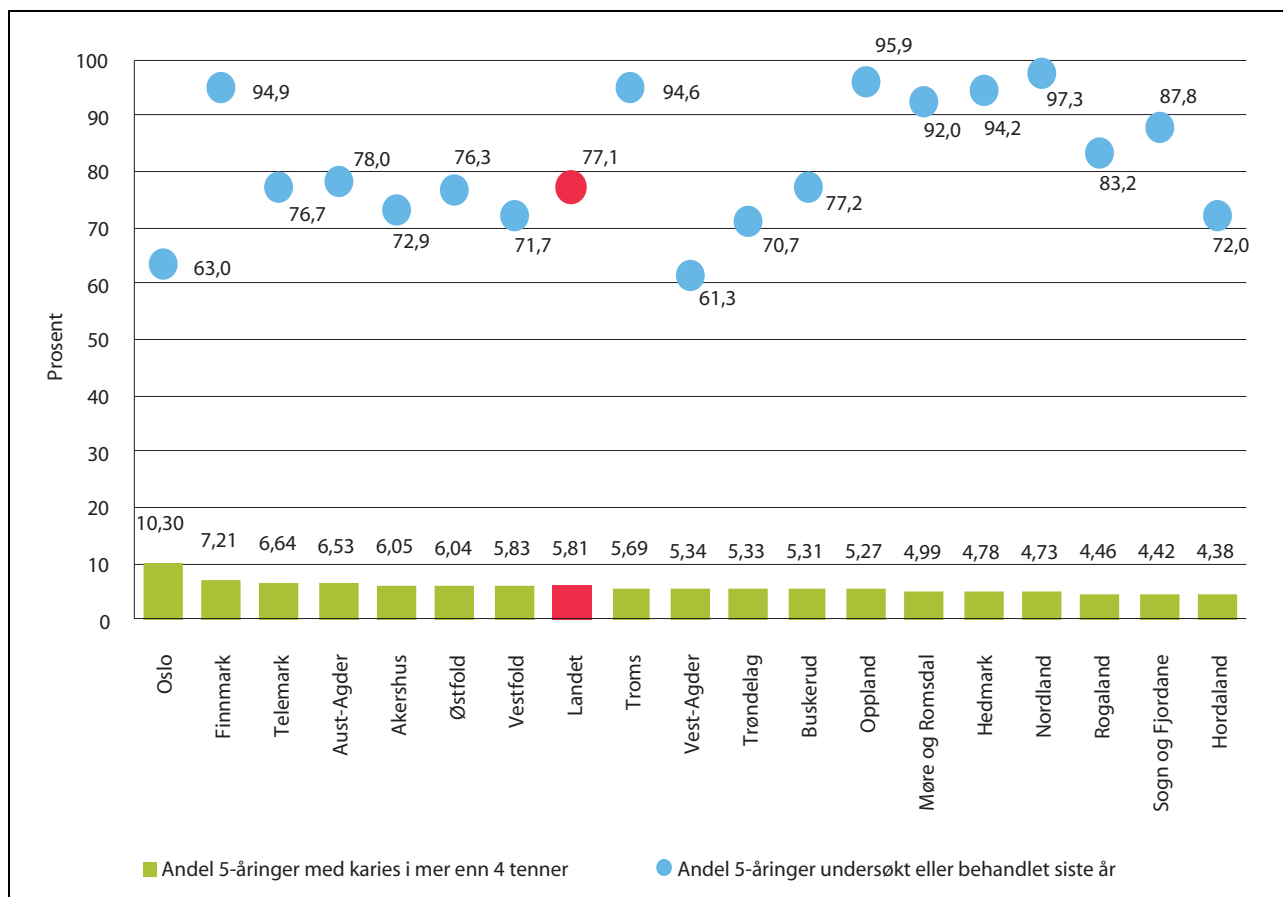
Kvalitetsindikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester viser blant annet at antallet utskrevne resepter med antibiotika har gått betydelig ned siden 2012. Reduksjonen i perioden 2012–2018 på 26,7 prosent er ikke langt unna det nasjonale målet om 30 prosent reduksjon i antibiotikabruk. Når det gjelder andel av beboere på sykehjem som har fått legemiddelgjennomgang eller kartlagt sin ernæringsstatus det siste året, så beveger tallene seg i riktig retning, men utviklingen går sakte.

Nedenfor følger en nærmere presentasjon av resultater for utvalgte kvalitetsindikatorer både innen tannhelse, spesialisthelsetjenesten og for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Indikatorene viser resultater for områder som det er viktig at helse- og omsorgstjenesten følger med på, og for flere av disse er det derfor fastsatt styringsmål for at tjenesten og helsemyndighetene kan følge utviklingen nærmere.

6.1 Tannhelsetilstand og kariesforekomst hos 5-åringer

Tannhelsen i Norge er gjennomgående god, men det er fortsatt mange som har visse kariesproblemer. Utbredelse av karies (hull i tennene) blant barn og unge gir et bilde av tanntilstanden og er en indikator på betydningen av forebyggende arbeid slik at barn og unge utvikler så lite karies som mulig og har best mulig forutsetning for god munnhelse livet ut.

I 2018 ble det utviklet tre nye kvalitetsindikatorer som måler tannhelsetilstand og ulik grad av



Figur 6.1 Kvalitetsindikator fra fylkeskommunal helsetjeneste som viser andel av 5-åringer som er undersøkt/behandlet siste år og andel av undersøkte 5-åringer med karies (hull) i mer enn 4 tenner (årstall 2018).

kariesforekomst hos 5-, 12-, og 18-åringer. Figur 6.1 viser tannhelsen til de yngste.

Sammenligning av tannhelsetilstand og kariesforekomst mellom fylker er vanskelig uten å ta hensyn til andel undersøkte eller behandlede 5-åringer. Resultatene for 2018 viser at det er til dels stor variasjon mellom fylkene, både når det gjelder hvor stor andel som har blitt undersøkt og nivået av kariesforekomst. På landsbasis i 2018 ble 77,1 prosent av alle 5-åringer undersøkt og/eller behandlet. Mens Nordland og Sør-Trøndelag undersøkte 97,3 prosent av alle 5-åringer, ble 61,3 prosent av 5-åringene i Vest-Agder undersøkt. På landsbasis hadde 5,8 prosent av undersøkte 5-åringer hull i mer enn 4 tenner. Oslo undersøkte 63 prosent av alle 5-åringer og hadde den høyeste andelen med hull i mer enn 4 tenner (10,3 prosent). Hordaland undersøkte 72 prosent av alle 5-åringer og hadde den laveste andelen av 5-åringer med hull i mer enn 4 tenner (4,4 prosent). En lav andel undersøkte og høy andel med karies kan imidlertid også være et uttrykk for at tannhelsetjenesten prioriterer å undersøke 5-åringer med antatt høyere risiko for karies. På landsbasis var 81,3 prosent av alle undersøkte/behandlede 5-åringer uten hull i tennene.

6.2 Kvalitetsindikatorer fra spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene inneholder blant annet informasjon om hvilke styringsmål som settes til de regionale helseforetakene. I 2018 fikk de regionale helseforetakene tre overordnede styringsmål: 1) redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, 2) prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og 3) bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Nedenfor presenteres resultater for et utvalg kvalitetsindikatorer gruppert ut ifra hvilke styringsmål de hører til.

Styringsmål 1: Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Ventetid og fristbrudd

I oppdragsdokumentene for 2018 var det definert et mål om at gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes, skulle være under 50 dager innen 2021 og kortere enn foregående år. På landsbasis i 2018 var den gjennomsnittlige ventetiden 60,2 dager for somatiske hel-

setjenester. Dette er en økning med 1,9 dager sammenlignet med ventetiden i 2017. Helse Nord var den eneste av de fire helseregionene som oppnådde målet om redusert ventetid sammenlignet med fjoråret (0,5 dager).

Målet om at ingen pasienter skulle oppleve fristbrudd før behandlingsstart ble kun oppnådd for barn og unge innen psykisk helsehjelp (PHBU) i Helse Vest. Innen de andre fagområdene (psykisk helsehjelp for voksne, somatiske helsetjenester, tverrfaglig spesialisert rusbehandling) var det pasienter som opplevde at helsehjelpen startet etter den fastsatte fristen i alle fire helseregioner.

Pakkeforløp for kreftbehandling

Formålet med pakkeforløp for kreft er at pasienter skal oppleve et godt organisert og forutsigbart behandlingsforløp uten unødvendig ikke-medisinske begrunnede forsinkelser i utredning, behandling og rehabilitering. Det er et nasjonalt mål at 70 prosent av kreftpasientene som er inkludert i et pakkeforløp skal gjennomføre pakkeforløpet innen anbefalt tid. For landet som helhet gikk måloppnåelsen ned fra 68,6 prosent i 2017 til 66,0 prosent i 2018. Samtlige helseregioner hadde en nedgang fra 2017 til 2018. Av de regionale helseforetakene, nådde kun Helse Midt-Norge målet i 2018.

Årsakene til nedgangen kan være flere. Det har vært pekt på at noen pasienter har mer komplekse sykdomsforløp, at overføring av pasienter fra mindre helseforetak til universitetssykehusene gir utfordringer, samt at informasjonsoverføring mellom helseforetakene i noen grad fremdeles foregår manuelt.

Det er også et nasjonalt mål at minst 70 prosent av nye kreftpasienter skal inkluderes i et pakkeforløp. For landet som helhet gikk andelen ned fra 78 prosent i 2017 til 77 prosent i 2018, men alle de fire regionale helseforetakene oppnådde målsettingen om minst 70 prosent.

Styringsmål 2: Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

«Den gyldne regel»

Prioritering av psykisk helsevern og TSB høyere enn somatikk måles ved gjennomsnittlig ventetid, kostnader (hvor avskrivninger, legemidler og pensjon holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold). Det var en bedre utvikling i ventetid for psykiske helsevern og TSB sammenlignet med somatikk. Når det gjelder kostnader var det regionale

forskjeller i måloppnåelse. Endringer i rapportering av informasjon for polikliniske konsultasjoner har gitt mindre robuste tall for utviklingen siste år og inkluderes ikke i vurderingen her. Det var samlet sett regionale forskjeller i grad av måloppnåelse av den gyldne regel.

Tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler

Bruk av tvang i psykisk helsevern har i lang tid hatt helsemyndighetenes oppmerksomhet, men tilgjengelige indikatorer for tvangsbruk har, til tross for dette, bare vist mindre endringer. Det er store og vedvarende forskjeller i rater⁴ for alle former for tvangsbruk. Aktivitetsdata fra Norsk pasientregister viste en forsiktig nedgang både i antall og beregnede rater for tvangsinnleggelse fra 2016 til 2017. Utviklingen antas å kunne ha sammenheng med innskjerpede vilkår for bruk av tvang i behandling av og omsorg for samtykkekompetente pasienter⁵. Fra 2017 til 2018 viser imidlertid kvalitetsindikatoren for tvangsinnleggelse en økning i antall tvangsinnleggelse. For regionene samlet er økningen sterkere enn befolkningsveksten, og den befolkningskorrigerte raten for tvangsinnleggelse økte dermed fra 2017 til 2018. Også for tvangsmidler var det i perioden 2016–2018 en økning i både det totale antallet pasienter med ett eller flere vedtak og i den samlede pasientraten. Økningen gjelder særlig kortvarig fastholding, men økte også for isolasjon.

Styringsmål 3: Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Korridorpasienter

En korridorpatient er en pasient som ligger i en seng i en av sykehusets korridorer, på et bad, skyllerom, dagligstue eller lignende. Pasienter regnes også som korridorpasienter når de blir lagt på gangen for at personalet skal kunne observere pasienten eller fordi pasienten har behov for kontakt med personalet. Det er ikke ønskelig å ha pasienter liggende i korridorene på sykehus. Det var et mål at ingen pasienter skulle ligge på korridor i 2018. Dette målet var det ingen av helseregionene som innfridde. På nasjonalt nivå var andelen korridorpasienter på 1,2 prosent. Sammenlignet med 2017 var dette en reduksjon på 0,4 prosentpoeng. Det var en reduksjon i andel korridorpasienter i alle regionene fra 2017 til 2018.

⁴ En rate viser tall per innbygger.

⁵ Lovrevidering for psykisk helsevernloven med virkning fra 1. september 2017.

Forbruk av bredspektret antibiotika i sykehus

Antibiotikaresistens er i dag en av de største utfordringene i moderne medisin, både nasjonalt og internasjonalt. Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten har satt mål om 30 prosent reduksjon i bruk av bredspektrede antibiotika innen utgangen av 2020 sammenlignet med bruken i 2012. I 2018 ble det brukt 15,7 definerede døgn-doser (DDD) per 100 liggedøgn. Til sammenligning var det 17,7 DDD per 100 liggedøgn i 2012. Det utgjør en nedgang på 11,3 prosent i perioden. Disse resultatene viser at bruken av bredspektret antibiotika i sykehus fortsatt er høy i Norge, men utviklingen går i riktig retning for alle fire helseregioner. På helseforetaksnivå ser vi at nesten alle helseforetakene har hatt en reduksjon i antibiotikabruk, men størrelsen på reduksjonen varierer betydelig mellom de ulike foretakene. Se figur 6.2.

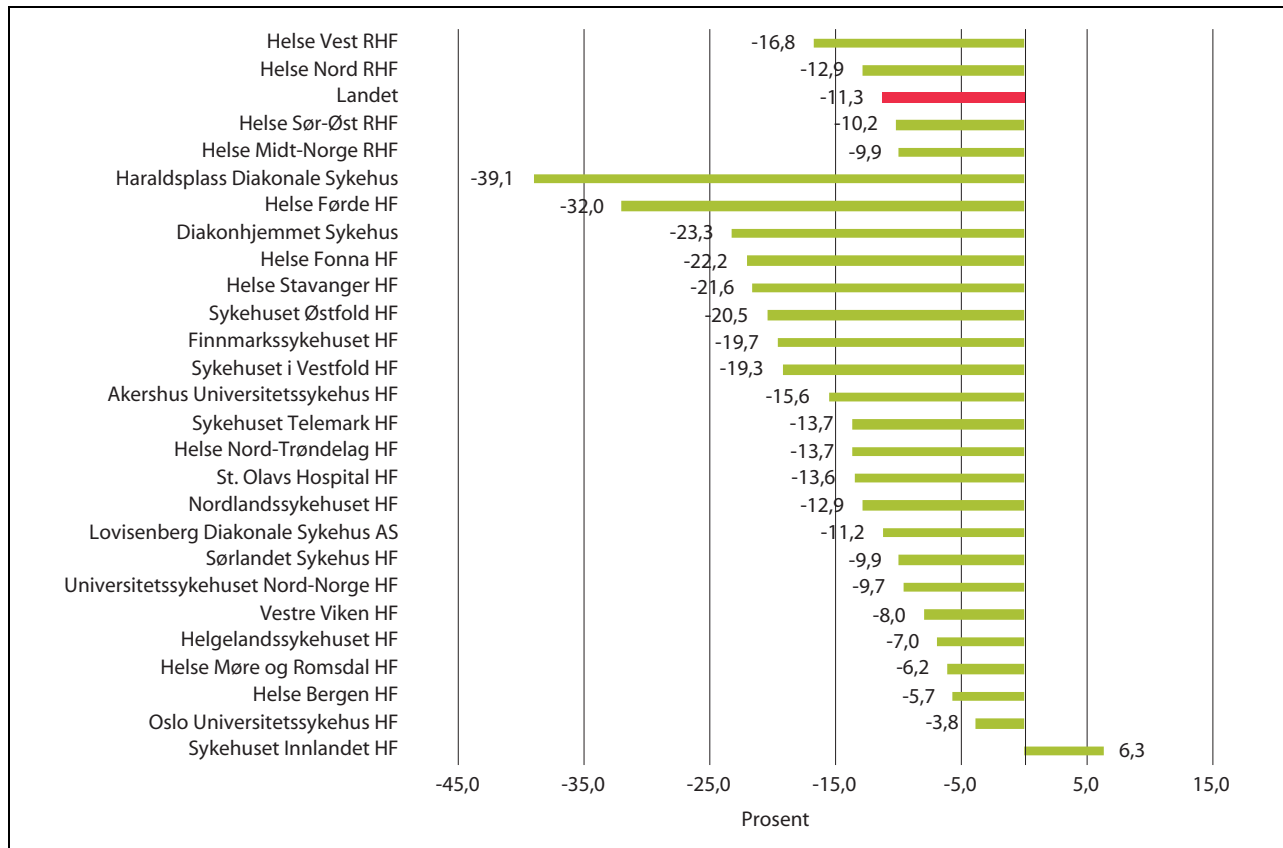
6.3 Kvalitetsindikatorer fra kommunal helse- og omsorgstjeneste

Helsedirektoratet har utviklet 31 nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale helse- og omsorgstjenester, inkludert tannhelse. Variasjon mellom fylker/kommuner viser ikke nødvendigvis bare store forskjeller i tjenestetilbudet. Det kan skyldes underreportering eller registreringspraksis. Opplysningene kan være dokumentert i journal, men ikke rapportert til registre. Tallene må derfor tolkes med varsomhet. Nedenfor presenteres resultater for et uvalg kvalitetsindikatorer som det er viktig at helse- og omsorgstjenesten følger med på.

Antibiotikabruk i kommunal helse- og omsorgstjeneste

Allmennpraksis og legevakt står for rundt 80 prosent av antibiotikabruken i Norge. Over halvparten av all antibiotika i allmennpraksis går til behandling av luftveisinfeksjoner. Også i kommunal helse- og omsorgstjeneste er det et nasjonalt mål å redusere antibiotikabruken med 30 prosent innen utgangen av 2020, sammenlignet med 2012. Indikatoren⁶ viser at antallet utskrevne resepter med antibiotika har gått betydelig ned siden 2012. I perioden 2012–2018 har det vært en reduksjon i antallet utskrevne resepter på 26,7 prosent. Oslo

⁶ Indikatoren måler antall resepter med antibiotika per 1000 innbyggere i kommunen per år. Antibiotika forskrevet til personer som bor på institusjon er ikke inkludert.



Figur 6.2 Prosentvis endring i bruk av bredspektret antibiotika i sykehus (DDD pr.100 liggedøgn), per RHF/HF¹ i perioden 2012–2018.

¹ Sunnaas sykehus HF er ikke tatt med i statistikken da de hadde svært få DDD per 100 liggedøgn. Ett helseforetak, Sykehuset Innlandet har økt bruken litt sammenlignet med forbruket i 2012, men dette helseforetaket hadde det laveste forbruket av alle HF i 2012 (14,2 DDD per 100 liggedøgn) og har fortsatt et lavt forbruk.

fylke har hatt den største reduksjonen i perioden (31,9 prosent) og har med dette oppnådd målet. Nordland har hatt minst reduksjon med 22,5 prosent. Det er til dels stor variasjon både mellom fylker, og innad i fylker (kommunenivå). I 2018 hadde Troms fylke færrest utskrevne resepter, mens det i Østfold ble skrevet ut flest resepter. Resultatene viser likevel at utviklingen går i riktig retning for alle fylker. Se figur 6.3.

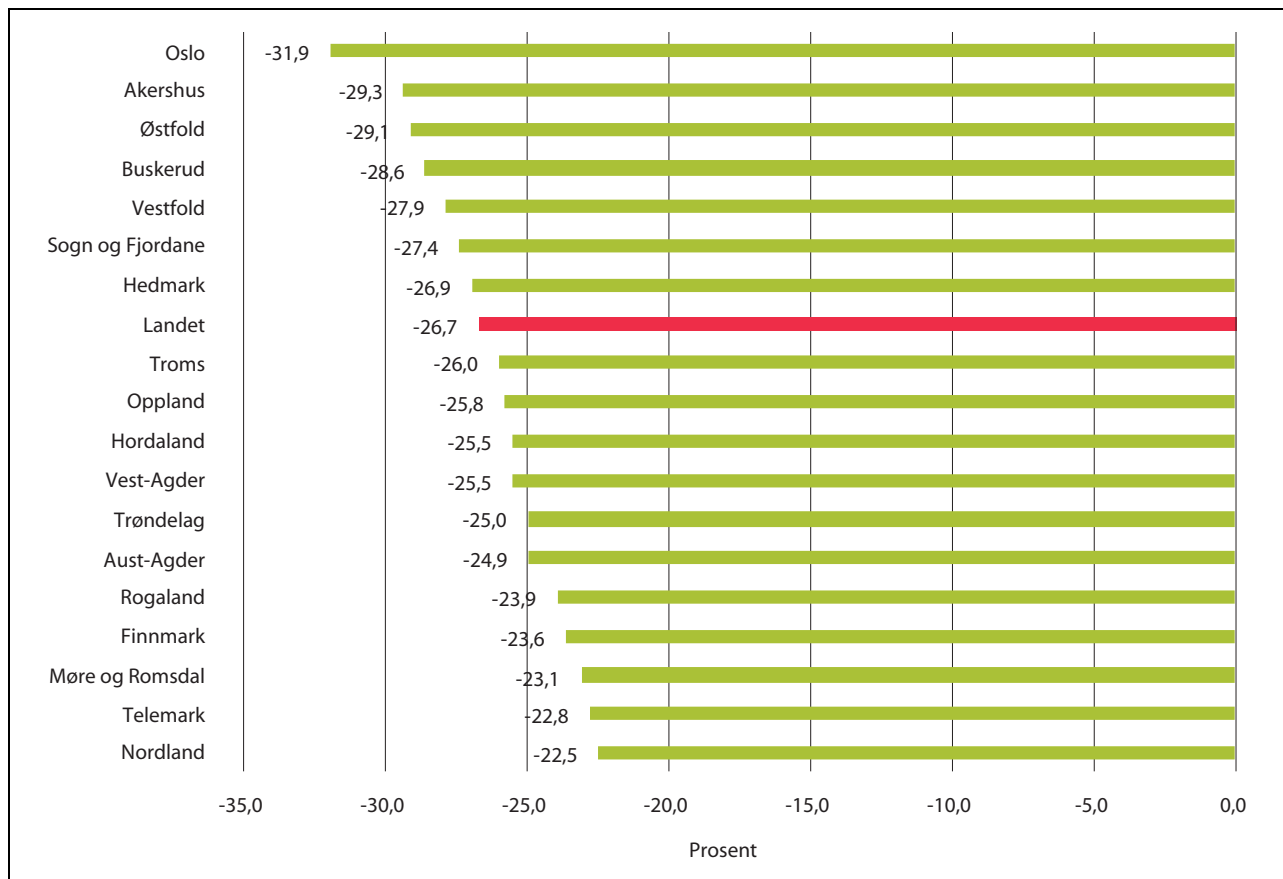
Antibiotikabruk i sykehjem

I handlingsplanen mot antibiotikaresistens i helse-tjenesten er det estimert at sykehjem står for omtrent 6 prosent av forbruket av antibiotika i Norge målt i definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere. Antibiotika blir hyppigst brukt til forebygging og behandling av urinveisinfeksjoner og til behandling av luftveisinfeksjoner. Indikatoren⁷ måler andel beboere i sykehjem som fikk minst ett antibiotikum (ekskludert metenamin) på

målingstidspunktet⁸. Ved siste måling, november 2018, var det på landsbasis 6,3 prosent av beboere i sykehjem som fikk minst ett antibiotikum. Resultatene viser at det er stor variasjon både mellom fylker og innad i fylker på kommunenivå. Vestfold fylke hadde den høyeste andelen av beboere som fikk minst ett antibiotikum, mens Oslo hadde den laveste andelen. Resultatene kan ikke uten videre brukes til sammenligning mellom sykehjem/kommuner. Det er fordi det noen ganger er få observasjoner som vil gjøre den tilfeldige variasjonen stor, samt at det kan være variasjon i registreringspraksis og forskjell i sammensetningen av beboere i sykehjem.

⁷ Kvalitetsindikatoren «Antibiotikabruk i sykehjem» ble utviklet og publisert første gang i juni 2019. Vi har valgt å ta den med i denne meldingen da resultatene gjelder for året 2018.

⁸ Prevalensundersøkelsen i sykehjem utføres to dager i året, én dag på våren (mai) og én dag på høsten (november).



Figur 6.3 Prosentvis endring i antall utskrevne resepter med antibiotika pr. 1000 innbyggere, per fylke i perioden 2012–2018.

Beboere på sykehjem vurdert av lege siste 12 måneder

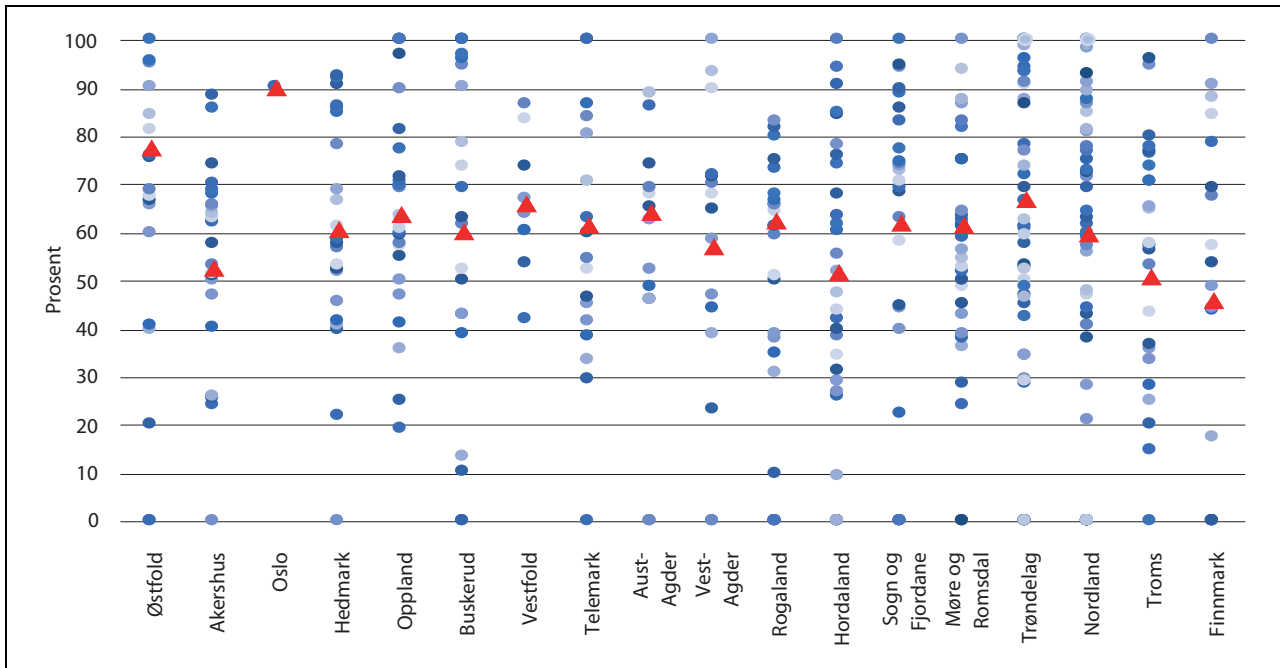
Det er en målsetting at alle sykehjemsbeboere skal motta legetjenester av god kvalitet. En indikasjon på om legetjenesten er av god kvalitet er om sykehjemsbeboeren jevnlig vurderes av lege. På landsbasis i 2018 hadde 63,9 prosent av sykehjemsbeboere blitt vurdert av lege siste 12 måneder. I 2017 var andelen på 56,5 prosent. Det har vært en positiv utvikling over tid, med en økning fra og med 2010 da andelen var på 40,2 prosent. Det er store variasjoner mellom fylkene. I 2018 hadde Oslo høyest andel beboere vurdert av lege (90,3 prosent), mens Finnmark hadde den laveste andelen (46,2 prosent). Se figur 6.4.

Legemiddelgjennomgang hos beboere på sykehjem

Stadig flere eldre har flere sykdommer og bruker flere legemidler samtidig. Dette kan øke faren for feilbruk. Eldre er ofte også ekstra sårbare for ska-

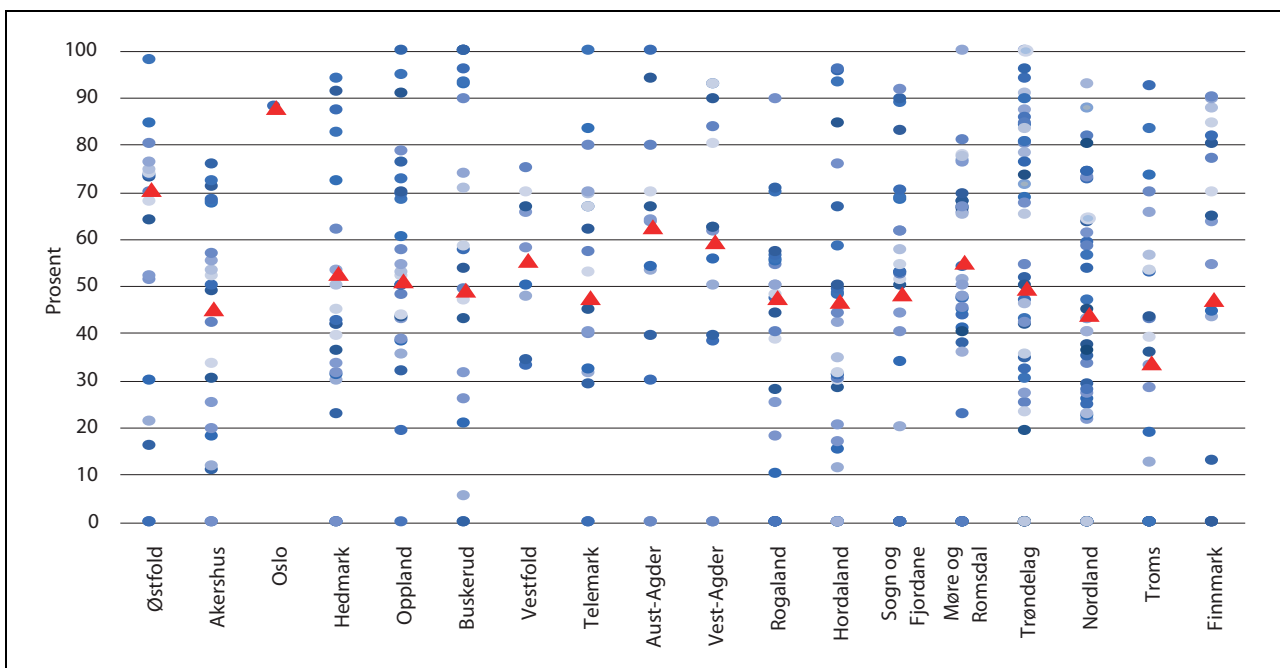
der som følge av feil legemiddelbruk, blant annet øker risikoen for bivirkninger og fall dersom man kombinerer flere legemidler. Dette kan føre til dårligere helse og livskvalitet. Legemiddelhåndteringsforskriften⁹ sier at virksomheten skal sørge for en systematisk legemiddelgjennomgang for pasienter på langtidsopphold i sykehjem ved innkomst og minst én gang årlig. Utover dette skal en slik gjennomgang utføres når det er nødvendig av hensyn til forsvarlig behandling. På landsbasis i 2018 hadde litt over halvparten av beboere på langtidsopphold, 54,5 prosent, hatt legemiddelgjennomgang i løpet av de siste 12 månedene. I 2017 var denne andelen på 49,4 prosent. Det er store variasjoner mellom fylkene og mellom kommunene innad i hvert fylke. Oslo hadde i 2018 høyest andel beboere som hadde fått en legemiddelgjennomgang (88,1 prosent) og Troms hadde lavest andel (34,0 prosent). Se figur 6.5.

⁹ Forskrift om legemiddelhåndtering (2008). Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.



Figur 6.4 Andel beboere på sykehjem som er vurdert av lege i 2018. Kommuneresultater per fylke.¹

¹ Figuren viser spredning mellom kommuner i fylket. Blå prikk (uansett nyansse) representerer en kommune. Rød trekant viser gjennomsnitt for fylket.



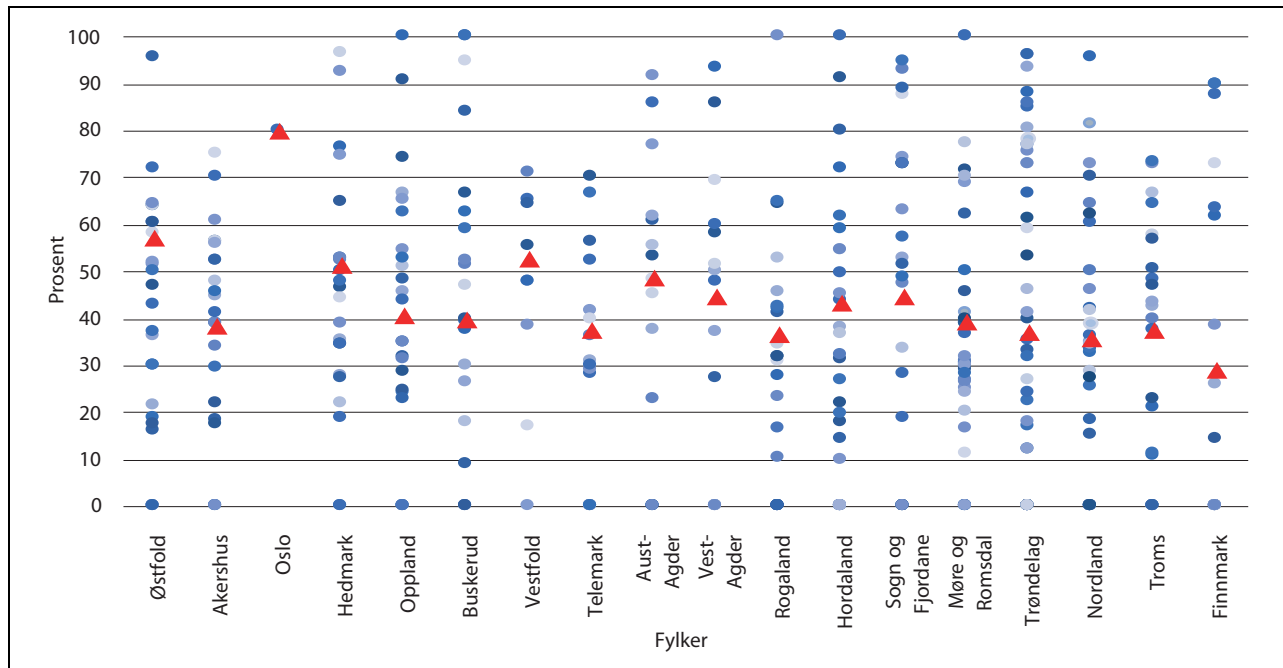
Figur 6.5 Andel beboere på sykehjem som har fått en legemiddelgjennomgang i 2018. Kommuneresultater per fylke.¹

¹ Figuren viser spredning mellom kommuner i fylket. Blå prikk (uansett nyansse) representerer en kommune. Rød trekant viser gjennomsnitt for fylket.

Oppfølging av ernæring hos beboere på sykehjem og i hjemmetjenesten

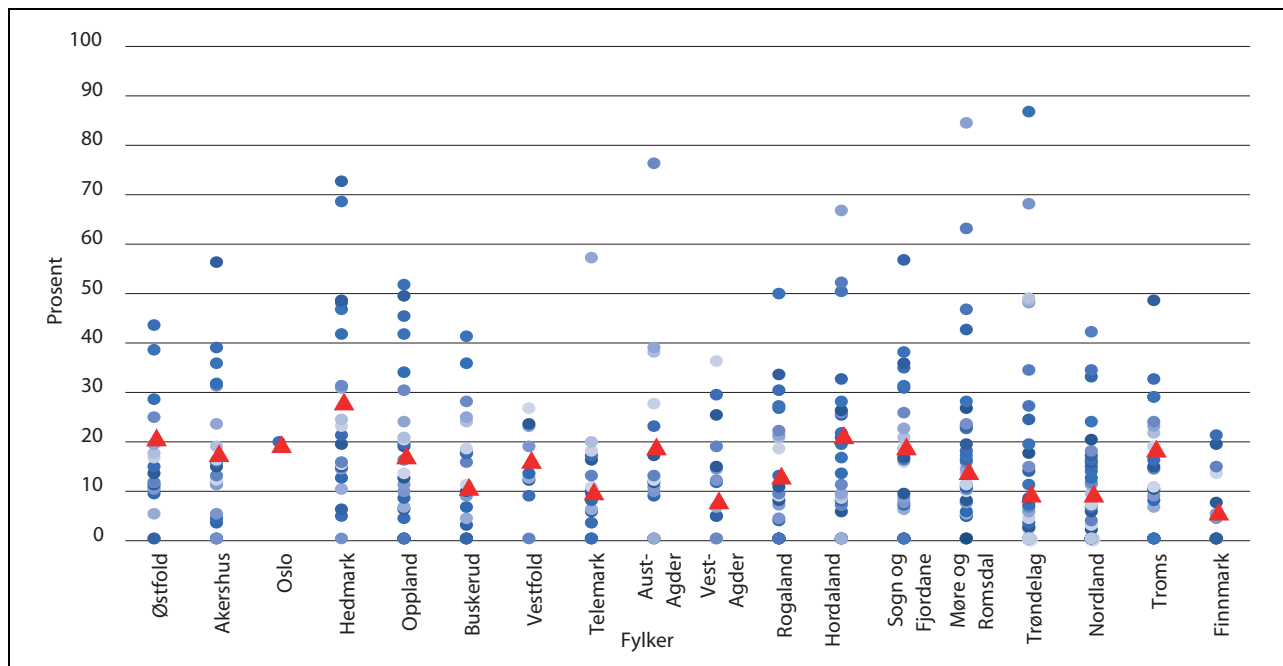
Eldre er en sårbar pasientgruppe hvor mange har vansker med å få i seg nok mat og drikke, og de

har derfor større risiko for å bli underernærte. For å fange opp de som er i risiko og gi dem tilpassede tiltak slik at underernæring eller komplikasjoner til underernæring kan unngås, er det nødvendig å kartlegge ernæringsstatus.



Figur 6.6 Andel beboere på sykehjem som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i 2018. Kommuneresultater per fylke.¹

¹ Figuren viser spredning mellom kommuner i fylket. Blå prikk (uansett nyansse) representerer en kommune. Rød trekant viser gjennomsnitt for fylket.



Figur 6.7 Andel mottakere av helsetjenester i hjemmet (67 år og eldre) som har fått kartlagt sin ernæringsstatus i 2018. Kommuneresultater per fylke.¹

¹ Figuren viser spredning mellom kommuner i fylket. Blå prikk (uansett nyansse) representerer en kommune. Rød trekant viser gjennomsnitt for fylket.

Fra og med 2017 er det publisert nasjonale kvalitetsindikatorer for oppfølging av ernæring i sykehjem og for eldre hjemmeboende i tråd med

Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

En målsetting er at alle beboere på sykehjem skal ha blitt vurdert for ernæringsmessig risiko i

løpet av de siste 12 måneder. Resultatene for 2018 viser at på landsbasis hadde 46,2 prosent av beboere på sykehjem blitt vurdert for ernæringsmessig risiko.

Dersom vi ser nærmere på resultatene på fylkesnivå, ser vi at det er store variasjoner og spredningen innad i fylkene er også stor. I 2018 hadde for eksempel 79,9 prosent av beboere på sykehjem i Oslo blitt vurdert for ernæringsmessig risiko. I Finnmark var denne andelen på 28,9 prosent. Se figur 6.6.

Av beboerne som ble ernæringsmessig kartlagt i 2018 var 40,2 prosent i risiko for underernæring. 73,6 prosent av de som var i risiko for underernæring, hadde fått utarbeidet en ernæringsplan. Utviklingen fra 2017–2018 viser en beskjeden forbedring.

På landsbasis var 15,7 prosent av eldre brukere i hjemmetjenesten kartlagt. Hedmark hadde høyest andel med 27,9 prosent. Finnmark hadde lavest andel med 5,8 prosent. Se figur 6.7.

Av disse var det 32,7 prosent på landsbasis som var i risiko for underernæring. Nærmere 50 prosent av de som var i risiko hadde fått utarbeidet en individuell ernæringsplan. Utviklingen fra 2017–2018 viser en beskjeden forbedring.

6.4 Pasient- og brukererfaringer

Pasienter og brukeres erfaringer med helse- og omsorgstjenestene er en verdifull kilde til kunnskap i arbeidet med kvalitetsforbedring. De medisinske kvalitetsregistrene har de siste årene hatt økt oppmerksomhet på å innhente pasient- og brukeres resultater og å bruke disse dataene i større grad. Utvikling av kvalitetsindikatorer basert på pasientrapporterte data beriker det nasjonale kva-

litetsindikatorsystemet ved å vise kvalitet i tjenesten sett fra pasientens og brukerens perspektiv. Folkehelseinstituttet har en nasjonal funksjon for måling av brukererfaringer med helsetjenesten. Resultater fra undersøkelsene publiseres normalt som nasjonale kvalitetsindikatorer.

I 2018 ble det gjennomført eller publisert slike undersøkelser for kvinner ved føde- og barselavdelinger, foresatte ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og brukere av fastlegertjenesten, i tillegg til en undersøkelse der fastleger vurderte sitt lokale distriktpsikiatriske senter. De tre sistnevnte undersøkelsene rapporteres i 2019.

Føde-barsel-undersøkelsen var landsomfattende og ble gjennomført blant kvinner som hadde født i fjerde kvartal 2017. Formålet med undersøkelsen var å formidle systematisk informasjon som kan brukes i kvalitetsforbedring og virksomhetsstyring på ulike nivå i helsetjenesten. For landet som helhet var det en tendens til at kvinnenes erfaringer fra fødeavdelingen var mer positive enn erfaringene fra barseloppholdet. Det var til dels stor variasjon blant behandlingsstedene, og det tyder på at det bør være mulig for behandlingssteder med dårlige resultater å forbedre sine tjenester. Som i tidligere år, var det indikatoren om informasjon om egen helse under barseloppholdet som fikk den laveste skåren. Det var ellers en signifikant og positiv utvikling på seks av åtte kvalitetsindikatorer fra 2011 til 2017. Det er noen metodiske endringer over tid som gjør at endringene må tolkes med forsiktighet, men undersøkelsene indikerer en bedring i resultater over tid.¹⁰

¹⁰ Nærmere omtale av resultatene finnes på helsenorge.no og på fhi.no.

7 Helseatlas

Helseatlasene analyserer og beskriver forbruk av helsetjenester i Norge. Samtlige publiserte helseatlas har påvist variasjoner i tjenestetilbud som er karakterisert som uønsket og som dermed utfordrer målet om likeverdighet. Variasjon er uønsket når den ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med. Helseatlasene har flere ganger pekt på områder der forbrukstallene indikerer overbehandling og enkelte ganger underbehandling. Underbehandling kan innebære at noen ikke får tjenestene de har behov for. Overbehandling kan innebære at ressursene brukes på pasienter som ikke har behov for eller nytte av tjenestene de mottar, og pasientene utsettes for unødig risiko for pasientskader.

Helseatlasene analyserer og beskriver omfanget av spesialisthelsetjenester gitt til befolkningen i opptaksområdene til de enkelte helseforetak. Oversiktene omfatter ikke helsetjenester som er levert av private tjenesteytere og i sin helhet betalt av pasienten selv eller pasientens forsikringselskap. Datagrunnlaget for helseatlas er først og fremst fra Norsk Pasientregister, supplert med data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre og KUHR-databasen (kontroll og utbetaling av helse-refsjoner).

Et helseatlas omfatter tre elementer: 1. En omfattende rapport som beskriver datagrunnlag, arbeidsmetode, populasjonen og fagområdet som er omtalt i atlasen. 2. Et interaktivt kart som illustrerer fordeling av utførte spesialisthelsetjenester i opptaksområdene til helseforetakene. 3. Et antall faktaark som beskriver sentrale funn og en vurdering av om den variasjonen som er påvist anses som uønsket. Resultatene vises først og fremst som rater (antall tjenester gitt per innbygger).

Helseatlas i Norge ble initiert etter inspirasjon fra The Dartmouth Health atlas fra USA og Right Care fra England og utviklet av Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF. Det første atlasen over de 12 hyppigste dagkirurgiske prosedyrene ble offentliggjort i januar 2015. Atlasen viste stor og til dels uønsket geografisk variasjon i bruk av 10 av de 12 prosedy-

rene som ble undersøkt. Det er påvist over fire ganger forskjell i forbruksrater mellom geografiske områder, uten at det er tilsvarende variasjon i sykkelighet.

Etter offentliggjøring av dette atlasen ga Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet i januar 2015 Helse Nord RHF og Helse Vest RHF i oppdrag å utvikle en nasjonal helseatlastjeneste i samarbeid med Helsedirektoratet. SKDE ivaretar helseatlasoppdraget for Helse Nord RHF, og Helse Førde HF etablerte en helseatlasenhet for Helse Vest RHF. Helseatlasene er utarbeidet i samarbeid med berørte fagmiljø, og flere atlas er laget på oppfordring fra fagmiljøene. Det er utarbeidet atlas for gynekologi, dagkirurgi, ortopedi, nyfødtmedisin, barnehelse, fødselshjelp, eldre helse og kols.

Helseatlas er et verktøy til bruk i systematisk arbeid for å redusere variasjon. I Helse Midt-Norge har man utarbeidet egne oppdateringer av aktuelle atlasanalyser for å følge variasjonen i tjenesteyting i egne helseforetaksområder sammenlignet med øvrige helseforetaksområder i Norge. I Helse Vest ble et utvalg resultater med variasjon fra både helseatlas og nasjonale medisinske kvalitetsregistre samlet, og alle helseforetakene fikk i oppdrag å velge konkrete forbedringsområder. Dette førte blant annet til reduksjon i bruk av antibiotika hos premature nyfødte ved Stavanger Universitetssykehus og mindre variasjon i ventetid for invasive hjerteundersøkelser i Helse Bergen HF.

I 2018 ble Helseatlas i ortopedi offentliggjort fra Helse Førde HF (tall fra 2012–2016) med følgende hovedfunn: Det er for høyt antall kikkhullsoperasjoner for meniskskader hos de som er eldre enn 50 år. Variasjonen er så stor at den klassifiseres som uønsket. Her går imidlertid utviklingen i Helse Sør-Øst tydeligst i ønsket retning. Det er også uønsket variasjon i operasjonsratene for skader på fremre korsbånd, slitasje i tommelledd, skulderbrudd, prolaps i ryggen og trang ryggmargskanal. Det er også stor og uønsket variasjon i operasjonsraten for håndleddsbrudd, men her har utviklingen gått i ønsket retning. Variasjon i innleggelsesratene for hjernerystelse og kors-

ryggsmerter karakteriseres som uønsket stor. For operativ behandling av ankelbrudd og slitasje i hofter og knær (innsetting av proteser) er variasjonen liten.

Dagkirurgiatlasen fra 2015 ble oppdatert i 2018 med tall fra 2013–2017 og med følgende hovedfunn: Atlasen som ble oppdatert i 2018 viser at det er økende og uønsket variasjon sammenlignet med det første atlasen i operasjoner for aldersbetinget grå stær, hemoroider, tunge øyelokk og innsetting av ventilasjonsdren i øret. Det er videre uønsket variasjon i operasjon for sprikefot/hammerå, trangt leddbånd i håndledd og åreknuter. For skulderoperasjoner og kikkhullsoperasjoner i kneledd er det en betydelig reduksjon i antall operasjoner. Det er en utvikling i ønsket retning da gevinsten ved disse inngrepene er omdiskutert. Til tross for denne reduksjonen er likevel variasjonen økende for begge tilstandene. For operasjo-

ner for halsmandler og lyskebrokk er det liten variasjon.

At det forekommer uønsket eller uberettiget variasjon i forbruk av en helsetjeneste, innebærer at helsetjenesten ikke er likeverdig fordelt. Dette kan blant annet skyldes manglende enighet blant fagfolk om hva som skal opereres eller forskjeller i kapasitet. Det er ikke kjente geografiske forskjeller i sykkelighet for tilstandene hvor det er dokumentert stor variasjon. I utgangspunktet inneholder Helseatlas ikke informasjon om hva som er riktig nivå for en helsetjeneste, noe som det ofte vil være usikkerhet og uenighet om. Stor variasjon kan derfor være uttrykk både for over- og underbehandling. «Gjør Kloke Valg»-kampanjen til Den norske legeforening er et initiativ som skal bidra til å redusere overbehandling og forebygge underbehandling.

Del II
Oppsummering

8 Departementets oppsummering

Denne meldingen oppsummerer status og utfordringer og tydeliggjør målene i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. En helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet kjennetegnes ved at tjenestene som tilbys er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. I Norge har vi i all hovedsak en helse- og omsorgstjeneste av god kvalitet, samtidig har vi utfordringer som må adresseres. Et formål med de årlige stortingsmeldingene er å identifisere utfordringer og risikoområder og bidra til større åpenhet om denne kunnskapen som grunnlag for kvalitetsforbedring og reduksjon i omfanget av pasientskader. Årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helseatlas og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer gir et godt kunnskapsgrunnlag for forbedring av tjenestene. Disse kildene gir ikke et representativt bilde av kvaliteten på tjenesten, men de gir god informasjon om risikoområder som er avdekket.

Riksrevisjonens rapporter er også viktige kilder til kunnskap som grunnlag for forbedringsarbeidet. I 2018 kom Riksrevisjonens rapport om tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen (Dokument 3:5 (2018–2019)) og undersøkelse av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten (del av Dokument 3:2 (2018–2019)). Riksrevisjonens rapporter og anbefalinger er viktige bidrag til bredere forståelse av tjenestene og hva som kan vurderes av forbedringer.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet. Denne meldingen inngår i kunnskapsgrunnlaget for departementets arbeid med stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier. Utfordringene på de konkrete fagområdene som kildene peker på, svares ut i rekken av stortingsmeldinger, proposisjoner, handlingsplaner og strategier som denne regjeringen har lagt fram eller har varslet vil komme, se vedlegg for samlet oversikt. Denne meldingen tydeliggjør mål som bidrar

til å understøtte det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på alle nivå i helse- og omsorgstjenesten. I det følgende oppsummeres resultater for 2018 slik de ulike kildene har presentert disse.

8.1 Hovedtrekk fra de ulike kildene

Kvaliteten i norsk helse- og omsorgstjeneste er gjennomgående god. Ifølge OECDs målinger skårer Norge blant de beste landene både når det gjelder omfanget av dødsfall som kan unngås ved henholdsvis folkehelseiltak og ved behandling. Eksempler på den første er lungekreft, alkoholrelaterte sykdommer og selvmord. Eksempler på den andre er hjerneslag, brystkreft og lungebetennelse. Norge er også, ifølge OECD, blant de land med høyest overlevelse etter flere kreftlidelser, blant annet tykk- og endetarmskreft, livmorkals- og brystkreft.

I OECDs rapport *Health at a Glance 2018* er pasienterfaringer med fastlege omtalt. Norge er blant de land som har høyest andel pasienter som er mindre fornøyd med fastlegene. Utfordringer knyttet til fastlegene er også et av temaene pasient- og brukerombudene tar opp. De mener kommunene må ta et større ansvar for å sikre at fastlegene følger fastlegeforskriften, at pasienter må få kopi av henvisning og tilbud om kopi av prøvesvar.

Over halvparten av henvendelsene til pasient- og brukerombudene dreide seg om misnøye med utførelsen av tjenesten i form av lite omsorgsfull behandling, pasientskader, mangelfulle henvisninger og mangelfull informasjon og språkproblemer. Ombudene peker på at det er etablert mange ordninger som i sum blir forvirrende for pasientene: Kontaktlege, forløpskoordinator, individuell plan. Pasient- og brukerombudene peker også på at det for ordningen Brukerstyrt personlig assistanse er uønsket variasjon mellom kommuner. Videre mener ombudene at helsemyndighetene må stille strengere krav til at sykehusene etterlever den gyldne regel og at pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling må få sluttført tannbehandling, selv om et institusjonsopphold opphører.

Helsetilsynet omtaler også tilbudene til pasienter med psykisk lidelse og samtidig ruslidelse i sin oppsummering for 2018. Det landsomfattende tilsynet i 2017–2018 avdekket utilstrekkelig kartlegging og utredning av pasienter i spesialisthelsetjenesten og mangelfull utredning av deres somatiske helseproblemer. Mangelfull ledelse og for dårlige rapporterings- og kontrollrutiner ble også avdekket. Tilsvarende tilsyn med de kommunale tjenester til denne pasientgruppen, avdekket mye av det samme. Tjenesteytingen var mange steder tilfeldig og dårlig samordnet, det var mangelfull undersøkelse av brukernes situasjon, lite oppmerksomhet om den somatiske helsesituasjonen og svikt når det gjelder hjelp med å mestre å bo. Fylkesmennene påpekte at ledelsen i kommunen ikke hadde sikret ansvaret for systematisk styring og ledelse.

Helsetilsynet løfter også frem fylkesmennes landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med helseforetakenes somatiske akuttinntak og deres diagnostikk og behandling av personer med sepsis (blodforgiftning). Fylkesmennene konkluderte med lovbrudd i samtlige sykehus som ble undersøkt. Om lag åtte og fjorten måneder etter tilsynet, viste oppfølgende journalgjennomganger at storparten av helseforetakene hadde arbeidet godt med å følge opp tilsynet, og tid fram til pasientens første legetilsyn og antibiotikabehandling hadde gått ned.

Norsk pasientskadeerstatning har innenfor spesialisthelsetjenesten behandlet flest saker knyttet til ortopedi og kreft. De har etablert artikkelserien «Kort om» der de presenterer kort og oversiktlig erstatningsstatistikk innen utvalgte medisinske områder for å dele noe av tallmaterialet som kan hentes ut av NPEs database. De har også samarbeidet med tre av de regionale helseforetakene om en undersøkelse som avdekket at kun 33 prosent av medholdssakene i NPE ble funnet igjen i foretakenes avvikssystem.

Tannhelsen i Norge er gjennomgående god, men resultater for nasjonale kvalitetsindikatorer viser at det fortsatt er mange som har problemer med hull i tennene (karies). Resultatene for 2018 viser at det er forholdsvis stor variasjon mellom fylkene både når det gjelder hvor stor andel som har blitt undersøkt, og nivået av kariesforekomst.

Resultatene for enkelte av kvalitetsindikatorer som inngår i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene i 2018, blant annet ventetider i somatisk helsetjeneste og forløpstider for pakkeforløp for kreft, går ikke i ønsket retning. På andre områder ser vi gode resultater, for eksempel gikk ventetidene i psykisk helsevern og tverr-

faglig spesialisert rusbehandling ned i 2018. Det er et nasjonalt mål at 70 prosent av kreftpasientene som er inkludert i et pakkeforløp skal gjennomføre pakkeforløpet innen anbefalt tid. Samtlige helseregioner hadde dårligere måloppnåelse i 2018 enn i 2017.

Antibiotikaresistens er en stor utfordring både nasjonalt og internasjonalt, og gjennom kvalitetsindikatorer som måler bruk av bredspektret antibiotika i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten kan vi følge utviklingen. Bruken av bredspektret antibiotika er fortsatt høy i Norge, men utviklingen går i riktig retning for alle fire helseregioner og i primærhelsetjenesten.

Det er viktig å kartlegge ernæringsstatus blant eldre for å redusere risiko for underernæring. Resultatene for 2018 viser en beskjeden økning på landsbasis i andelen beboere på sykehjem og også blant hjemmeboende som er blitt vurdert for ernæringsmessig risiko. Det har vært en svak økning i andel beboere på sykehjem som har hatt en legemiddelgjennomgang. For å unngå unødvendig bruk av legemidler og feilmedisinering, er systematisk legemiddelgjennomgang et viktig tiltak og et krav, jf legemiddelhåndteringsforskriften.

Pasienterfaringsundersøkelser er en verdifull kilde til kunnskap i kvalitetsforbedringsarbeidet. Den landsomfattende Føde-barsel-undersøkelsen viste at indikatoren om informasjon om egen helse under barseloppholdet, fikk den laveste skåren. Samlet har det likevel vært en bedring i resultater over tid for denne undersøkelsen.

8.2 Mål for kvalitet og pasientsikkerhet

Det er kommunene, helseforetakene og de private tjenesteyterne som har ansvaret for å utøve helsehjelp og som må bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i sitt systematiske forbedringsarbeid. Departementet skal bidra til å understøtte dette. Gjennom stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier adresseres utfordringene nærmere, og regjeringen fastsetter mål og innsatsområder som svar på de identifiserte utfordringene. De ulike politikkområdene iverksettes gjennom de årlige budsjettforslagene, regelverk, styring og pedagogiske virkemidler. De årlige stortingsmeldingene har gjennomgående pekt på følgende områder som grunnleggende i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet: Pasientperspektivet, ledelse, system og kultur for bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Regjeringen vil understøtte det konkrete kvalitetsforbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenesten gjennom gode rammebetingelser og følgende mål:

- pasientens helsetjeneste
- åpenhet, læring og forbedring
- målrettet og samordnet innsats for kvalitet og pasientsikkerhet.

Å skape og videreutvikle pasientens helsetjeneste er grunnleggende og det overordnede målet for all virksomhet i helse- og omsorgstjenesten. Pasientens helsetjeneste handler om at pasientene får rask, trygg og god helsehjelp når de trenger det og at de får medvirke til å fatte beslutninger om egen helsehjelp. Pasienters erfaringer og tilbakemeldinger skal alltid lyttes til og må inngå i alt kvalitetsforbedringsarbeid.

Det er viktig å stimulere til økt åpenhet, læring og forbedring. Det foreligger stadig mer kunnskap, informasjon og erfaringer som helse- og omsorgstjenesten på alle nivåer må bruke til forbedring av tjenestetilbudene. Vi må i større grad også lære av uønskede hendelser til beste for pasientenes sikkerhet. Målinger og større åpenhet om og deling av både gode resultater og mangler, gir et bedre utgangspunkt for forbedring og kan bidra til å motvirke uønsket variasjon.

Den enkelte virksomhet må arbeide målrettet og systematisk for å bygge en kultur med høy kompetanse og evne og vilje til å lære. Samlet handler dette om etablering av en tydelig kultur for åpenhet og læring og at den enkelte virksomhet har et system for å kunne gjennomføre forbedringer og bygge forbedringskompetanse. Grunnleggende for å oppnå en slik forbedringskultur er ledelsesforankring og at pasientene har mulighet for å medvirke og får gi tilbakemeldinger.

8.3 Virkemidler for å nå målene

Ansvar for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet ligger hos den enkelte virksomhet. God ledelse fremmer arbeidet med kvalitetsforbedring og motvirker uønsket variasjon og, medarbeiderne i virksomheten skal medvirke til dette. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten er fra nasjonale myndigheter et av de viktigste virkemidlene for å understøtte det lokale arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og dermed også et viktig bidrag til å nå målene beskrevet ovenfor. Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» ble avsluttet i 2018. Nasjonal handlingsplan for

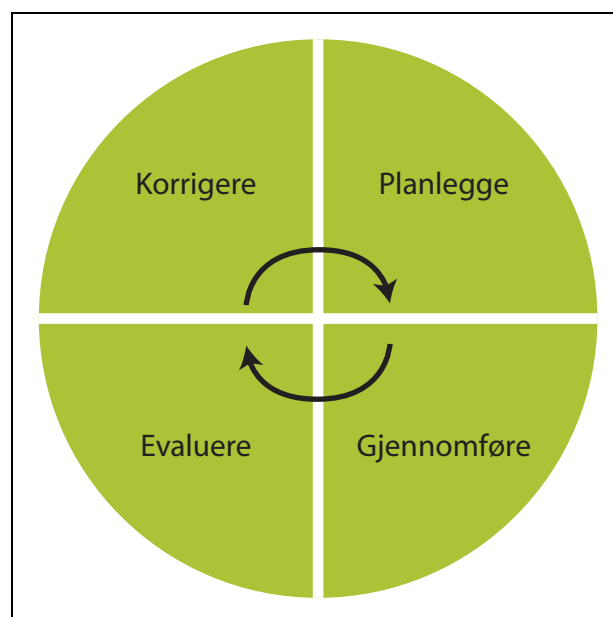
pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023) viderefører arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I det følgende gis en nærmere omtale av forskriften og Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Formålet med forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleveres. Med denne forskriften har ledere i offentlig og privat helse- og omsorgstjeneste fått et verktøy som skal sikre at virksomhetene leverer faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Forskriften er inspirert av Demings forbedringssirkel og er strukturert med utgangspunkt i følgende elementer som er grunnleggende i et styringssystem: *Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere*. Forskriften utdyper nærmere hva disse elementene innebærer av oppgaver for virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

Som et ledd i forbedringsarbeidet skal alle virksomheter, minst en gang årlig, systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten. Gjennom ledelsens gjennomgang forutsettes det at tilgjengelig lokal og nasjonal statistikk og analyser brukes for å vurdere egen virksomhet opp mot egen utvikling og sammenlignet med andre.



Figur 8.1 Illustrasjon av forbedringssirkelen.

Forskriften har etter hva departementet erfarer blitt tatt godt imot i tjenesten. Samtidig vet vi for lite om hvordan den faktisk etterleves. Helse- og omsorgsdepartementet vurderer at det kan være hensiktsmessig å få en nærmere oversikt over etterlevelse av forskriften, det vil si i hvilken grad den er implementert i ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og på hvilken måte. Departementet vil på egnet måte både understøtte og innhente informasjon om etterlevelse og god praksis og sørge for at kunnskap og erfaringer spres. Hovedformålet er å stimulere til en best mulig etterlevelse gjennom å dele erfaringer og kunnskap. Det er etterlevelse og bruken av forskriften som avgjør om den faktisk blir et verktøy for ledere til å sikre forsvarlige tjenester og arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet må sees i sammenheng. Undersøkelsen ForBedring kartlegger arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur i norske sykehus. I alt 79 prosent av de ansatte i spesialisthelsetjenesten svarte på undersøkelsen i 2018 og 2019. Undersøkelsen er et verktøy for å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerhetskulturen ved at ledere på ulike nivå, i samarbeid med ansatte og tillitsvalgte, følger opp egne resultater av undersøkelsen.

Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7» er det arbeidet med å redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helse- og omsorgstjenesten. Det er bygd kompetanse i forbedringsmetodikk gjennom kurs, utdanninger og implementering av konkrete tiltakspakker på risikoområder. Tiltakspakkene er tatt i bruk gjennom blant annet læringsnettverk. Dette er en metode som er egnet til å fremme kompetanse i kvalitetsforbedring og til å tette gapet mel-

lom hva en bør gjøre og hva en faktisk gjør. I tillegg er det innført kartlegging av pasientskader ved norske sykehus og felles kartlegging av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur gjennom undersøkelsen ForBedring. Arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet videreføres gjennom Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023). Planen skal bidra til en målrettet og samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten og i tråd med ny internasjonal kunnskap. Handlingsplanen skal også understøtte at kravene i forskriften kan etterleves.

Handlingsplanen skisserer i alt syv tiltak innenfor fire hovedområder som skal bidra til trygge og sikre helse- og omsorgstjenester. Hovedområdene er ledelse og kultur, kompetanse, nasjonale satsinger samt strukturer og systemer. Planen er utviklet i et samarbeid mellom ulike aktører i helsetjenesten og utgitt av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har ansvaret for å sikre nasjonal overbygning for arbeidet i samarbeid med helse- og omsorgstjenesten, relevante myndigheter og organisasjoner, samt ivareta funksjonen til et nasjonalt kompetansemiljø. Dette innebærer blant annet at Helsedirektoratet sørger for samordnet innsats, bidrar til læring på tvers og til å bygge kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Merkevaren «I trygge hender 24/7» fra pasientsikkerhetsprogrammet og nettsiden videreføres.

Helsedirektoratet samarbeider med kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenesten, fagforeninger og andre aktører i forvaltningen. Den nasjonale planen suppleres av de aktuelle aktørene sine egne handlingsplaner. Her må de konkretisere hva det enkelte tiltak i den nasjonale handlingsplanen betyr for de aktuelle aktørene og hvordan tiltakene skal følges opp for å sikre måloppnåelse.

9 Økonomiske og administrative konsekvenser

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

gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 6. desember 2019 om kvalitet og pasientsikkerhet 2018 blir sendt Stortinget.

Vedlegg 1**Oversikt over stortingsmeldinger, handlingsplaner og strategier**

Stortingsmeldinger:

- Meld. St. 11 (2014–2015) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2013*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Meld-St-11-20142015/id2345641/>
- Meld. St. 19 (2014–2015) *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/>
- Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Meld. St. 12 (2015–2016) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2014*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-12-20152016/id2464147/>
- Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – Melding om prioritering*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>
- Meld. St. 13 (2016–2017) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2015*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20162017/id2524141/>
- Meld. St. 39 (2016–2017) *Evaluerings av bioteknologiloven*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/>
- Meld. St. 6 (2017–2018) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20172018/id2581316/>
- Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Meld. St. 11 (2018–2019) *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/>
- Meld. St. 19 (2018–2019) *Folkehelsemeldinga – Gode liv i eit trygt samfunn*:
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2019/id2639770/>

Handlingsplaner og strategier:

- Demensplan 2020*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Forsknings- og innovasjonsstrategi på tannhelsefeltet 2017–2017*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/sammen-om-kunnskapsloft-for-oral-helse/id2569994/>
- Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/id2469646/>
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskaading 2014–2017*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Handlingsplan-for-forebygging-av-selvmord-og-selvskaading-2014-2017/id758063/>
- HelseOmsorg21*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/HelseOmsorg21/id764389/>
- Nasjonal beredskapsplan pandemisk influensa*: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-beredskapsplan-pandemisk-influensa/id2354614/>

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

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

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

Nasjonal strategi mot Antibiotikaresistens 2015–2020: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-antibiotikaresistens-2015-2020/id2424598/>

Nasjonal strategi for arbeidet mot virale leverbetennelser: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-arbeidet-mot-virale-leverbetennelser-hepatitter/id2504728/>

Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet 2015–2020: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/frivillighetsstrategi/id2429965/>

Regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringa-sin-handlingsplan-for-oppfolging-av-helseomsorg21-strategien/id2463030/>

Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/>

Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/flere-ar-flere-muligheter/id2477934/>

Regjeringens strategi for god psykisk helse: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-39-20162017/id2557037/>

Regjeringens strategi for ungdomshelse: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ungdomshelse/id2503980/>

Strategi for seksuell helse: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/snakk-om-det/id2522933/>

Nasjonal strategi for samordnet tilbakeføring etter gjennomført straff 2017-2021: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/reduisert-tilbakefall-til-ny-kriminalitet/id2556905/>

Nasjonal diabetesplan 2017-2021: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-diabetesplan-2017-2021/id2582010/>

Nasjonal hjernehelsestrategi 2018-2024: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-hjernehelsestrategi-20182024/id2581669/>

Nasjonal kreftstrategi 2018-2022: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/>

Nasjonal strategi mot hepatitter: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-mot-hepatitter/id2618584/>

Strategi for mennesker med funksjonsnedsettelse – Et samfunn for alle: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-mennesker-med-funksjonsnedsettelse-et-samfunn-for-alle/id2623105/>

Nasjonal overdosestrategi 2019-2022: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-overdosestrategi-2019-2022/id2636987/>

Handlingsplan mot voldtekt 2019-2022: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-voldtekt-20192022/id2637644/>

Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023: <https://www.regjeringen.no/no/dokument/id2000006/?from=01.01.2019&to=31.12.2019&documenttype=dokumenter/planer&ownerid=421>

Mat, mennesker og miljø: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/matsystemer/id2661208/>

Handlingsplan for et bedre smittevern med det mål å redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner 2019-2023: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-et-bedre-smittevern/id2675233/>

Bestilling av publikasjoner

Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon

www.publikasjoner.dep.no

Telefon: 22 24 00 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på

www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon: Jørgen Nordlie, 07 Media AS

Illustrasjonsfoto: St. Olavs Hospital

Fotograf Esten Borgos, Borgos Foto AS

Trykk: 07 Media AS – 12/2019

