



**Delstrategi for pasientsikkerhet og  
kvalitetsforbedring – kunnskapsgrunnlag**

***Versjon 1.0  
Januar 2021***

## Innhold

Innhold.....	2
1 Innledning.....	3
1.1 Pasientskader som kan forebygges .....	4
1.2 Uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenestene.....	5
2 Aktuelle satsingsområder.....	8
2.1 Øke pasientens helsekompetanse .....	8
2.2 Styrke sikkerhetsorientert ledelse.....	10
2.3 Øke kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring .....	13
2.4 Styrke regionens innsats innen nasjonale satsinger .....	14
2.5 Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring.....	16
3 Oversikt over kvalitetsindikatorer .....	21
3.1 Kvalitetsindikatorer.....	21
3.2 Nasjonale kvalitetsregistre.....	26
4 Referanser .....	29

# 1 Innledning

## Bakgrunn

Dette dokumentet beskriver kunnskapsgrunnlaget for arbeidet med å konkretisere og prioritere tiltak i Helse Sør-Øst *Delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Delstrategien skal bidra til å realisere Helse Sør-Øst visjon og *Regional utviklingsplan 2035*.

## Føringer og premisser

Arbeidet med delstrategien bygger spesielt på følgende:

- Nasjonal helse og sykehusplan<sup>1</sup>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten<sup>2</sup>
- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023<sup>3</sup>
- Meld. St. 9 (2019-2020) Kvalitet og pasientsikkerhet 2018<sup>4</sup>
- Oppdragsdokumenter fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF<sup>5</sup>
- Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020<sup>6</sup>
- Regional utviklingsplan Helse Sør-Øst 2035<sup>7</sup>
- Rammeverk for helse, miljø og sikkerhet (HMS), Helse Sør-Øst 2015-2020<sup>8</sup>
- Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst<sup>9</sup>

## Mål

Med bakgrunn i overnevnte føringer er målene for delstrategien å:

- Redusere risiko for pasientskader
- Redusere uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenestene

Målene er valgt fordi:

- a) Det er fortsatt for mange uønskede hendelser og pasientskader som kan forebygges, til tross for at det de siste årene er iverksatt flere tiltak både nasjonalt og regionalt. Reduksjon i antall uønskede hendelser og pasientskader er også definert som mål for den nasjonale handlingsplanen.
- b) Det er uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenestene i Helse Sør-Øst, og denne variasjonen kan ha stor innvirkning på pasientsikkerheten. Redusert variasjon er derfor et sentralt mål for den regionale delstrategien.

## Satsingsområder og tiltak

Målene skal nås gjennom å styrke innsats og prioritere tiltak innen følgende satsingsområder:

1. Øke pasientens helsekompetanse
2. Utvikle mer sikkerhetsorientert ledelse
3. Øke kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
4. Styrke regionens innsats innen nasjonale satsinger
5. Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring

- Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring angir et mål om å «reducere andel pasientopphold med minst én skade, alle alvorlighetsgrader» med 25% fra 2017 til utgangen av 2023.
- Av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Sør-Øst RHF 2020 fremgår at «Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres på regionalt nivå sammenliknet med året før»

## 1.1 Pasientskader som kan forebygges

### Omfang av pasientskader

Ifølge Verdens helseorganisasjon skades en av ti pasienter i løpet av sykehusopphold. Resultater fra GTT-undersøkelsen for 2019 viser at det oppstod en pasientskade ved 12,4 prosent av somatiske sykehusopphold i Norge, mot 11,9 prosent året før. Selv om resultatet for 2019 er noe høyere enn i 2018, som var den laveste målingen siden oppstart i 2010, er det en svakt nedadgående trend i omfanget av pasientskader i perioden 2012 til 2019. Det har vært ulik grad av nedgang i pasientskader av alle alvorlighetsgrader fra 2012 til 2019, med unntak av skader som var forbigående, men som krevde forlenget sykehusopphold. I 2019 var de hyppigste typene av pasientskader legemiddelrelaterte skader, annen kirurgisk komplikasjon, urinveisinfeksjon og nedre luftveisinfeksjon<sup>10</sup>. Tallene i 2019 viser at det er variasjon mellom helseforetakene i Helse Sør-Øst i utviklingen av andel sykehusopphold med minst én skade (tabell 1).

Tabell 1: Andel pasientskader i Helse Sør-Øst målt ved GTT 2012-2019

GTT resultater i %	2012	2017	2018	2019
Akershus universitetssykehus HF	15,8	12,5	4,6	9,6
Oslo universitetssykehus HF	12,6	9,6	8,3	8,8
Sykehuset i Vestfold HF, medisin	14,6	7,9	14,2	12,9
Sykehuset i Vestfold HF, kirurgi	22,9	18,8	17,9	21,3
Sykehuset Innlandet HF	Endret rapportering	10,4	10,4	8,8
Sykehuset Telemark HF	8,8	15,8	9,2	6,7
Sørlandet sykehus HF, kirurgi	15,8	11,7	10	7,1
Sørlandet sykehus HF, medisin	13,8	5,8	4,6	4,6
Vestre Viken HF	17,5	19,2	16,3	18,3
Sykehuset Østfold HF	20,8	10,4	12,1	10,0
Betanien Hospital	2,9	4,2	5,4	3,8
Martina Hansens Hospital	10,4	1,3	0,9	0,0
Diakonhjemmet Sykehus	23,5	15	12,9	13,1
Lovisenberg Diakonale Sykehus	Ikke rapportert	11,3	17,5	14,6

Kilde: Helsedirektoratet

Resultatene fra GTT-undersøkelsen er basert på små tall. På landsbasis er det trukket ut journaler fra 8870 sykehusopphold, noe som tilsvarer 1,4 % av det totale antall sykehusopphold. Alle helseforetak og sykehus i regionen gjør manuelle GTT-undersøkelser med ulikt antall GTT-team og journalgranskninger. Resultatene kan ikke brukes for sammenligning mellom helseforetak og sykehus. I følge helseforetakene er det betydelig utfordringer knyttet til at det er forskjeller mellom pasientskader påvist ved GTT og pasienters rapporterte opplevelse av å ha erfart pasientskade, som også en norsk studie viser<sup>11</sup>. Det er etablert et eget prosjekt i Helsedirektoratet for videreutvikling av metoden, der dette er adressert. Prosjektet skal blant annet utforske sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og omfang av pasientskade i norske sykehus<sup>12</sup>.

### Årsaksforhold

Pasientskader og andre uønskede hendelser oppstår i samspill mellom mennesker, teknologi og organisasjon<sup>13 14</sup>. Sannsynligheten for at skader skjer har økt i takt med at helsetjenesten har blitt mer kompleks med mange sammensatte prosedyrer og prosesser. Pasientskader kan skje i alle deler av et pasientforløp og skyldes blant annet feil knyttet til legemiddelhåndtering, mangelfull etterlevelse av retningslinjer/prosedyrer, dokumentasjonssvikt ved journalføring, svikt i pasientadministrasjon, mangelfull kommunikasjon både internt på sykehus og ved overføring til andre helseinstanser<sup>15 16 17</sup>. En nyere norsk studie viser at flere forhold ved arbeidsmiljøet, spesielt sykepleiernes arbeidsbelastning og ledernes engasjement, hadde sammenheng med dødelighet første uke etter innleggelse<sup>18</sup>.

### Konsekvensene

Pasientskader har store menneskelige konsekvenser, først og fremst for pasientene og deres pårørende. Direkte konsekvenser for pasientene kan være infeksjoner etter kirurgi, som rammer ca. 25 % av pasientene og ca. 7 millioner pasienter årlig på verdensbasis, hvorav 1 million dør under/etter kirurgi. Andre konsekvenser er infeksjoner som HIV, hepatitt B og C etter injeksjoner og transfusjoner, noe som også kan ramme helsepersonell. Ekstra liggedøgn på sykehus pga. komplikasjoner eller behov for ekstra undersøkelser/tester er også mulige konsekvenser<sup>19 20</sup>. En andel av dødsfall relatert til sykehusbehandling kan unngås<sup>21 22</sup>.

Pasientskader har også konsekvenser for involvert helsepersonell som kan bli traumatiserte og preget av dette resten av yrkeskarrieren, noe som kan resultere i sykefravær og frafall fra yrket. Slike hendelser kan også føre til konstruktive endringer i praksis og til fruktbare diskusjoner mellom kollegaer<sup>23</sup>.

Uønskede hendelser har store økonomiske konsekvenser både for organisasjonen og samfunnet som for eksempel utvidet behandling og økt bruk av ressurser (helsepersonell og utstyr), forstyrret arbeidsflyt, forsinkelse i behandling av andre pasienter, eller flytting til spesialavdeling/høyere behandlingsnivå. Pasientskader har også økonomiske konsekvenser. Ifølge OECD utgjør behandling av pasientskader, som oppstår som følge av manglende pasientsikkerhet, ca. 15% av det totale sykehusbudsjettet i OECDs medlemsland<sup>24</sup>. Vi kan anta at samme forhold gjelder i Norge.

- Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsingsområder i *Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst*
- Oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene inneholder krav om å redusere uønsket variasjon

## 1.2 Uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenestene

Det er ikke slik at all variasjon er problematisk. Noe variasjon er uunngåelig, noe er tilfeldig og noe er ønsket. Variasjon er uønsket dersom den ikke kan forklares utfra pasientens ønske, behov eller sykdomsforekomst i befolkningen.

Uønsket variasjon er en utfordring for pasienter, pårørende, helsepersonell, samfunn og myndigheter. Det innebærer blant annet at noen pasienter får helsehjelp de ikke har behov for, samtidig som de må ta risikoen for skader og bivirkninger behandlingen medfører. I tillegg kan dette medføre feil bruk av ressurser; pasienter med liten eller ingen nytte av helsehjelp får dette på bekostning av pasienter med behov for helsehjelp. Forskning på variasjon beskriver tre kategorier helsetjenester som kan bidra til å forklare hvorfor variasjonen varierer mellom ulike helsetjenester: Nødvendig helsetjenester, preferanse- og tilbudssensitive helsetjenester<sup>25</sup>.

### *Omfang av uønsket variasjon*

Det er uønsket variasjon i tilbud og kvalitet på tjenester både innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk. Nasjonale kvalitetsindikatorer, Helseatlas, nasjonale kvalitetsregistre, data fra Norsk Pasientregister og HELFO-data er sentrale kilder for å sammenlikne variasjon i kvalitet og befolkningens bruk av helsetjenester. Det foreligger ingen samlet oversikt over uønsket variasjon i regionen, men Helse Sør-Øst arbeider med å etablere en løsning med informasjon om forbruksrater og aktivitet, i først omgang innen somatikk.

Variasjon i nødvendige helsetjenester følges i Helse Sør-Øst med nasjonale kvalitetsindikatorer, for eksempel 30 dagers overlevelse for pasienter innlagt i sykehus med hjerteinfarkt, hjerneslag, og hoftebrudd. Data har vist at 30 dagers overlevelse ved flere sykehus i Helse Sør-Øst er signifikant lavere enn i sykehus det er naturlig å sammenligne seg med<sup>26 27</sup>.

Et annet eksempel er pakkeforløpene, som følges opp gjennom ulike indikatorer. I pakkeforløp kreft viser resultatene i Helse Sør-Øst at det fortsatt er uønsket variasjon for andelen pasienter som har

gjennomført forløp i tråd med anbefalingene. For pakkeforløpene innen psykisk helsevern og rusbehandling viser indikatorene at Helse Sør-Øst har omtrent samme måloppnåelse som resten av landet samlet sett, men det er for tidlig å legge dette til grunn for vurderinger med hensyn til uønsket variasjon<sup>28</sup>. Det er også variasjon i fem-års overlevelse for de kreftformene som forårsaker flest dødsfall. Øvrige tjenester (preferanse og tilbudssensitive tjenester) følges på bakgrunn av kriteriene volum, kostnad, samt risiko for pasienten.

Ulike revisjoner vil også gi oversikt over uønsket variasjon. Eksempel på dette er konsernrevisjonens undersøkelser av om det er likeverdige helsetjenester både innen psykisk helsevern og somatikk i perioden 2016-2019.

### Årsaksforhold

Uønsket variasjon skyldes blant annet over- og underforbruk av helsetjeneste og/eller ulik eller for lite etterlevelse av faglige råd og anbefalinger. Ofte vil det være behov for supplerende analyser for å få økt forståelse for årsakene til uønsket variasjon samt å følge effekt av tiltak som iverksettes for å redusere variasjonen. Uønsket variasjon i tjenestetilbudet kan også skyldes variasjon i organisasjonskultur, som måles med for eksempel Sikkerhetsklima og Teamarbeidsklima i undersøkelsen ForBedring<sup>29 30 31</sup>. Både Sikkerhetsklima og Teamarbeidsklima varierer betydelig på laveste organisatoriske nivå og kan medvirke til uønsket variasjon i tjenestetilbudet<sup>32</sup>. Variasjon i sikkerhetsklima kan forklare variasjon i etterlevelse av retningslinjer og resultater<sup>33</sup>. Det har betydning for hvordan man kan redusere variasjonen.

Undersøkelser viser at ulik etterlevelse av gjeldende retningslinjer kan være en årsak til uønsket variasjon. Videre pekes det i disse undersøkelsene på at systematisk forbedringsarbeid med fokus på økt etterlevelse av kunnskapsbasert praksis presentert som sjekklister, har forbedret overlevelsen ved flere av sykehusene<sup>34</sup>. Tilgang til og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer mv. er nødvendig for å oppfylle kravet til forsvarlighet og kravet om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og for å redusere uønsket variasjon. Det foreligger et stort antall faglige råd og anbefalinger både nasjonalt, regionalt og lokalt. I tillegg kommer produkter fra kommersielle aktører som er i bruk av ulike fagmiljøer. Innen noen områder eksisterer flere dokumenter som gir ulike anbefalinger om samme problemstilling, slik at det kan oppstå uklarheter om hva en skal forholde seg til. Helsepersonell med forskjellig bakgrunn og virksomhetene bruker også forskjellige plattformer for disse rådene.

Et sentral utfordring er at ulike faggrupper ikke har felles arenaer for å planlegge hvordan de skal endre arbeidsprosessene. Det er på slike arenaer at organisasjonskulturen kan utvikles og gi mulighet til å etablere felles normer og konsensus på tvers av faggrupper. Dette begrenser muligheter for koordinert og synkronisert arbeid og etterlevelse av faglige råd og anbefalinger på tvers av profesjoner/yrkesgrupper. Det er også en utfordring at et fåtall av anbefalingene følges opp med relevante kvalitetsindikatorer, at anbefalingene er utfordrende å implementere, og at ledere har liten oversikt over hvordan de etterleves. Regional utviklingsplan peker på at kliniske fagrevisjoner er av de mest effektive verktøyene for forbedring og for å redusere uønsket variasjon.

Riksrevisjonen påpeker at de regionale helseforetakene og helseforetakene i liten grad har brukt informasjon om forbruket av helsetjenester til å følge opp den faglige praksisen og kapasiteten og viser også til at de regionale helseforetakene ikke utnytter muligheten til å regulere kapasiteten godt nok for å redusere uønsket variasjon i forbruk<sup>35</sup>.

Reduksjon av uønsket variasjon er viktig i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet som følge av undersøkelse og behandling, eller under- og overbehandling. Å redusere uønsket variasjon vil innebære

etablering av nye tverrfaglige møteplasser som Forbedringstavler og Forbedringsteam for å planlegge forbedring av arbeidsprosessene.

## 2 Aktuelle satsingsområder

Basert på gjennomgang av overordnede føringer og relevant litteratur, innspill fra helseforetak, sykehus, brukerrepresentanter, tillitsvalgte og vernetjeneste, er anbefalingen at følgende fem satsingsområder gis prioritet i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring:

1. Øke pasientens helsekompetanse
2. Styrke sikkerhetsorientert ledelse
3. Øke kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
4. Styrke regionens innsats innen nasjonale satsinger
5. Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring

Områdene, som beskrives nærmere i det følgende, er lagt til grunn for tiltakene som er foreslått i den regionale delstrategien.

### 2.1 Øke pasientens helsekompetanse

Det er en nasjonal satsing å styrke befolkningens «helsekompetanse», - det vil si «personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse»<sup>36</sup>. Behandlingsmuligheter kan reise mange spørsmål, og beslutninger skal tas i samhandling med pasienten. Pasient- og pårørendeopplæring, reell medvirkning fra pasienter/brukere/pårørende (heretter kalt brukermedvirkning) og kommunikasjon, inngår som viktige elementer i den nasjonale satsingen for å styrke befolkningens helsekompetanse.

Brudd på enkelte sentrale pasient- og brukerrettigheter kan i noen tilfeller føre til pasientskade eller uheldig sykdomsutvikling<sup>37</sup>. Eksempler på dette er brudd på vurderingsgaranti og rett til nødvendig helsehjelp. Regionalt brukerutvalg i Helse Sør-Øst RHF har påpekt behov for at pasienter og brukere får økt kompetanse om rettighetene sine, og at dette er viktig for å ivareta pasientsikkerhet. Pasient- og brukerombudene anbefaler i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet 2018 at det gjennomføres et kompetanseløft innen pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.

Årsrapportene fra pasient- og brukerombudene<sup>38</sup>, PasOpp-undersøkelser<sup>39 40</sup> og helseforetakenes egne brukererfaringsundersøkelser viser at det fortsatt er forbedringspotensial innen dette området. I denne sammenheng vil følgende fremheves:

- Aktivitet innen og kvalitet i pasient- og pårørendeopplæringen må følges opp mer systematisk
- Bruk av digitale læringsformer i pasient- og pårørendeopplæringen må økes
- Brukermedvirkning i egen utredning, behandling og oppfølging må styrkes
- Brukermedvirkning må styrkes i arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring på systemnivå
- Helsepersonells kompetanse om pasient- og brukerrettigheter og helsepedagogikk må styrkes

#### *Pasient- og pårørendeopplæring*

Pasient- og pårørende har rett til å få opplæring om diagnose, behandling og de endringer dette medfører<sup>41</sup>. Kartlegginger har vist at det varierer hvilke pasientgrupper som får tilbud om opplæring og hvordan opplæringen integreres i pasientforløp. Utfordringen er at vi ikke har god nok dokumentasjon på aktivitet og kvalitet innen pasient- og pårørendeopplæringen. Pasient- og pårørendeopplæring må



inngå i samhandlingen om pasientforløp mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Den teknologiske utviklingen fordrer også at feltet fornyer seg og i større grad tar i bruk nye læringsformer.

#### *Brukermedvirkning på individnivå*

Reell involvering av pasienter/brukere og pårørende er et viktig satsingsområde i Helse Sør-Øst. Pasientene har rett til å medvirke blant annet når det gjelder valg mellom tjenester og behandling<sup>42</sup>. Samvalg er en strukturert tilnærming til kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, der målet er å komme frem til gode beslutninger som er basert på kunnskap og i tråd med pasientens verdier og preferanser<sup>43</sup>. Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan skal samvalg være det ordinære, ikke det spesielle i pasientens helsetjeneste<sup>44</sup>. Samvalg kan være et virkemiddel for å redusere uønsket variasjon. Helse Sør-Øst har utviklet et modulbasert rammeverk, «Klar for samvalg», som retter seg mot blant annet leger, sykepleiere, studenter og veiledere innen samvalg. Per i dag har rundt 2 500 personer lært hvordan de skal legge til rette for samvalg i Helse Sør-Øst. Noen har også gjennomgått «train the trainer»-kurs, slik at de kan lære opp andre.

I noen beslutningsprosesser kan samvalgsverktøy være til hjelp – særlig når det finnes flere alternativer og ikke bare én definert beste praksis. Det er utviklet flere nettbaserte samvalgsverktøy som er publisert på Helsenorge.no. Helse Sør-Øst har ennå ikke utviklet egne verktøy, men har bidratt til innholdet i samvalgsverktøy for brystkreft og hofteartrose, som er publisert. I forbindelse med forsknings- og innovasjonsarbeid har ulike fagmiljøer og klinikere i Helse Sør-Øst også bidratt til å utvikle samvalgsverktøy for bipolar lidelse, hiv og lungekreft<sup>45</sup>

#### *Kvalitet i det menneskelige møtet*

Pasient- og brukerombudene peker på behovet for at helsetjenestene har et aktivt forhold til kvaliteten i de menneskelige møtene. God kommunikasjon mellom brukere og helsepersonell er et viktig element i dette og avgjørende i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring<sup>46</sup>. PasOpp-undersøkelser samt studier som har målt graden av samvalg, viser at det er behov for systematisk forbedringsarbeid for å øke kvaliteten på kommunikasjon med pasienter<sup>47 48</sup>. Kunnskap om helsekommunikasjon og samtalemetodikk hos helsepersonell er sentralt i dette. Det er også behov for å innføre hensiktsmessige metoder for å sikre gjensidig forståelse mellom pasient og helsepersonell. Skriftlig informasjon, til og for pasienter, er fortsatt i for stor grad preget av et byråkratisk og tungt språk. Den nasjonale satsingen «Klart språk» er viktig i den sammenheng.

#### *Brukermedvirkning på systemnivå*

Helseforetaksloven fastslår at pasientene og andre brukere skal ha en aktiv rolle i planarbeid, og det skal etableres systemer for innhenting av pasientenes og brukernes erfaringer og synspunkter<sup>49</sup>. I Helse Sør-Øst er det etablert retningslinjer for dette og etablert brukerutvalg/brukerråd på regionalt nivå og i alle helseforetakene. Dette er rådgivende organer som medvirker på overordnet og strategisk nivå. Helsefellesskapene, som nå er skissert i den nye nasjonale helse- og sykehusplanen, kan bli et nyttig verktøy for å planlegge fremtiden til den samlede helsetjenesten og gjøre den mer sammenhengende og bærekraftig. Brukerne må ha en sentral rolle i helsefellesskapene.

## 2.2 Styrke sikkerhetsorientert ledelse

I helsetjenesten er arbeid med sikkerhet sentralt innen blant annet informasjonssikkerhet, bygg, teknologi, HMS, legemiddelsikkerhet, og alle områdene styres av ulike lover og forskrifter. En sikkerhetsorientert ledelse har systemtenkning som fundament, ser sammenhengene mellom områdene og er opptatt av å lære av feil (Safety I) og av alt det som går bra samt å drive risikostyring (Safety II). Det er god kunnskap om og gitt konkrete føringer for å se på disse sammenhengene<sup>50 51</sup>. Lederansvaret er lovfestet, jamfør Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Alle områdene er viktige for pasientsikkerheten, men i denne sammenheng vil følgende spesielt fremheves:

- Tydeligere integrering av HMS, pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring
- Øke medarbeideres trygghet for varsling uten konsekvenser
- Gi ledere på alle nivå kompetanse i sikkerhetstenkning
- Mer åpenhet om uønskede hendelser, og mer deling og læring på tvers

### HMS og pasientsikkerhet

Forskning viser at trygge ansatte i et godt arbeidsmiljø er en viktig forutsetning for god pasientsikkerhet<sup>52</sup>. Institute of Healthcare Improvement (IHI) adresserer dette ved å fokusere på helsearbeidernes tilfredshet som en grunnleggende faktor<sup>53</sup>. En nyere norsk studie fant at flere forhold ved arbeidsmiljøet, og spesielt sykepleiernes arbeidsbelastning og ledernes engasjement, hadde sammenheng med dødelighet første uke etter innleggelse<sup>54</sup>. Covid-19 pandemien har aktualisert behovet for mer oppmerksomhet på dette, noe som også fremgår av «World Patient Safety Day 2020», der WHO har valgt temaet «Health Worker Safety: A Priority for Patient Safety»<sup>55</sup>.

Foretaksgruppen har etablert indikatorer for å måle og følge opp HMS, som det enkelte foretak benytter til intern oppfølging og læring. Vold og trusler mot helsepersonell er blant helseforetakenes største HMS- utfordringer og er relevant å ta opp i denne sammenheng. Utryggheten som ansatte møter i forbindelse med vold og trusler, påvirker også pasientsikkerheten<sup>56 57</sup>. Konsekvensene kan være at den ansatte blir syk, mistrives og utøver dårligere pasientbehandling. Organisatorisk kan dette skape et dårligere arbeidsmiljø, høyere sykefravær og vanskeligheter med rekruttering, noe som også påvirker pasientsikkerheten.

Arbeidstilsynet definerer vold og trusler i arbeidslivet som «hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære». Helse relaterte yrker er, ifølge Arbeidstilsynet, noen av de mest utsatte når det gjelder vold og trusler. Tabell 2a og 2b viser antall registrerte vold og trusselhendelser mot ansatte for 2018, 2019 og hittil i 2020.

Tabell 2a: Antall registrerte episoder med vold og trusler mot ansatte innen psykisk helsevern

	2018	2019	2020 (T1 + T2)
<b>Helse Sør-Øst foretaksgruppen</b>	4850	5263	3249
Akershus universitetssykehus HF	332	433	420
Oslo universitetssykehus HF	1019	795	505
Sykehuset i Vestfold HF	281	210	123
Sykehuset Innlandet HF	511	368	366
Sykehuset Telemark HF	244	225	102
Sykehuset Østfold HF	1202	1988	952
Sørlandet sykehus HF	593	433	411
Vestre Viken HF	668	811	370

Tabell 2b: Antall registrerte episoder med vold og trusler mot ansatte innen somatikk

	2018	2019	2020 (T1 + T2)

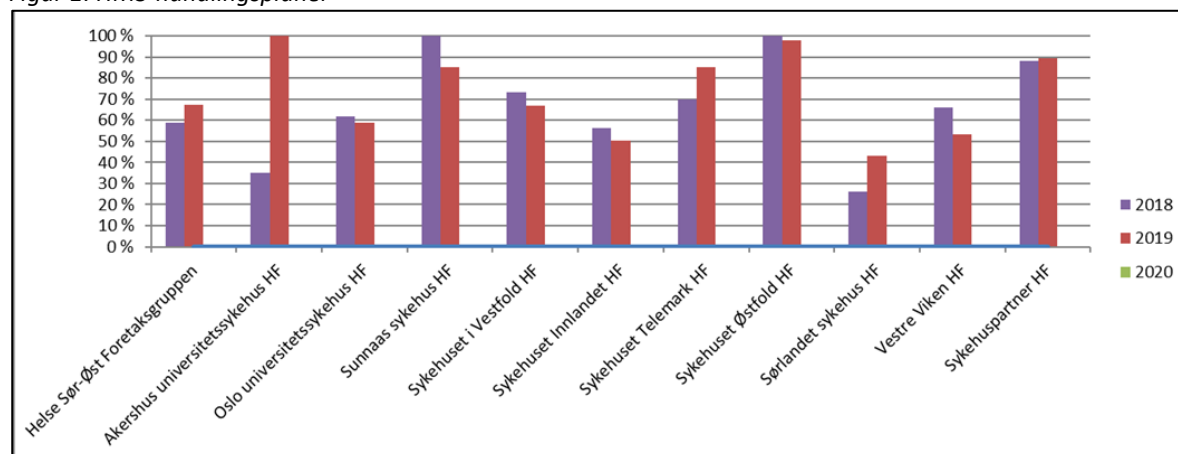
<b>Helse Sør-Øst foretaksgruppen</b>	734	1026	735
Akershus universitetssykehus HF	92	176	130
Oslo universitetssykehus HF	213	199	162
Sykehuset i Vestfold HF	66	72	80
Sykehuset Innlandet HF	57	72	65
Sykehuset Telemark HF	35	25	19
Sykehuset Østfold HF	95	179	115
Sørlandet sykehus HF	48	123	47
Vestre Viken HF	116	177	114

Kilde: Helse Sør-Øst RHF

Tabell 2a og 2b viser at det er betydelig variasjon mellom helseforetakene, noe som kan forklares ut fra faktorer som ulike meldesystemer, måter å kategorisere vold og trusler på, opplæring og kultur for å melde hendelser. Det er kjent at noen få pasienter kan stå for et stort antall meldte hendelser innen psykisk helsevern, og dette kan påvirke vold- og trusselfrekvens i perioder. Færre pasienter i forbindelse med Covid-19 pandemien, og svekket oppmerksomhet mot å melde hendelser i denne perioden, kan forklare nedgang i enkelte helseforetak. Slag, spark, bitt, stikk, holding/begrensning av bevegelsesfrihet, skalling, lugging, klyping, kvelning og dytting er eksempler på hva som registreres som vold, mens verbale trusler om vold (mot seg selv og andre), personlig ydmykelse, trussel om slag, indirekte trusler («jeg vet hvor du bor og hvilken skole barna dine går på») er eksempler på hva som registreres som trusler. Det jobbes målrettet i virksomhetene med å forbedre meldekulturen, og det gjennomføres systematisk opplæring av ansatte om vold- og trussel og risikovurderinger.

Alle HMS- indikatorene og resultatene forankres i foretakenes arbeidsmiljøutvalg og rapporteres i tertialrapporten til styret i Helse Sør-Øst RHF. HMS-indikatorene og utviklingen disse viser følges i regionalt nettverk for HMS-ledere. Det har siden 2009 vært et mål å øke andelen enheter med aktiv HMS-handlingsplan, og at medarbeiderne blir aktivt involvert i å utvikle tiltak for egen enhet. Som figur 1 viser, er det utarbeidet HMS- handlingsplaner i varierende grad i helseforetakene.

Figur 1: HMS-handlingsplaner



Kilde: Helse Sør-Øst RHF

### Sikkerhetsklima og arbeidsmiljø

Flere enn 50 000 medarbeidere besvarte ForBedring i 2019. Undersøkelsen viser at syv av 10 medarbeidere opplever at sikkerhetsklimaet er godt ivaretatt der de jobber, og at det er en betydelig variasjon innad i sykehusene mellom enhetene. I mange enheter opplever ikke medarbeiderne at det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold eller at feil og uheldige hendelser diskuteres åpent slik at de kan lære av dem. Omlag fem av 10 mener det ikke er et godt fysisk arbeidsmiljø der de jobber, og tilsvarende antall opplever at arbeidsbelastningen til tider er for stor. Hele fire av 10 mener de ikke er involvert i et systematisk forbedringsarbeid der de jobber. Dette er forhold som kan virke negativt inn på sikkerheten til både pasienter og ansatte og som det er viktig å arbeide systematisk med å forbedre.

Det kan gjøres ulike tiltak for å bedre sikkerhetsklima. Lederes anerkjennelse av sammenhengen mellom HMS, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet og deres engasjement og mulighet for å tilrettelegge for gode arbeidsmiljø er helt sentralt. Riktig balanse mellom kapasitet, ressurser og kompetanse (både kvantitet og kvalitet) er helt avgjørende. Medarbeidere må oppleve at det er positivt og trygt å melde fra om kritikkverdige forhold - og uten at det får konsekvenser. Meldingene må tas på alvor og håndteres på en god måte, og involverte må få god oppfølging. Konsepter som kan brukes for å integrere HMS og pasientsikkerhet er «Snakk om ForBedring» (Helsedirektoratet)<sup>58</sup> og «Joy in Work» (IHI)<sup>59</sup>, som begge er verktøy som gir ledere og medarbeidere en felles forståelse og et bilde av pasientsikkerheten på arbeidsplassen.

### Legemiddelsikkerhet

Legemiddelrelaterte skader er fortsatt blant de hyppigste typene pasientskader i Norge. WHO-kampanjen «Medication Without Harm»<sup>60</sup> har til hensikt å redusere alvorlig, unødvendig, legemiddelrelatert skade med 50 % globalt innen 2022. WHO-kampanjen viser at helsepersonell ikke har oversikt over legemiddelbruk hos pasientene, og at de samme feilene gjøres om igjen. Tilsvarende bilde ses i Norge; pasienter og helsepersonell mangler ofte en fullstendig oversikt over pasientens faktiske legemiddelbruk, og manglende eller feilaktig legemiddelinformasjon gjør det vanskelig å vurdere pasientens kliniske tilstand, og det blir risikabelt å gjøre endringer i legemiddelbehandlingen.

Legemiddelsamstemming (LMS) er et viktig tiltak for å bedre kvaliteten i helsetjenestene og inngår i den nasjonale satsingen «I trygge hender 24-7»<sup>61 62 63</sup>. Legemiddelsamstemming har vært et oppdrag til de regionale helseforetakene (jf. foretaksmøte 15. januar 2019), og som ble videreformidlet til helseforetakene i Oppdrag- og bestillerdokumentet for 2019. Helseforetakene rapporterer at dette er et av innsatsområdene som er mest utfordrende å implementere, og at det fortsatt er en utfordring i helseforetakene. Flere undersøkelser viser at kun 20 % av legemiddellistene er samstemt<sup>64 65</sup>. Sykehusapotekene HF peker på at dette er i samsvar med flere lokale undersøkelser (masterstudier mv) gjort ved helseforetak i regionen. Gjennomgangen viser også at flere helseforetak mangler prosedyrer for å rydde i reseptformidleren, og at det ofte oppstår doble resepter.

Felles IKT-løsninger for sikker legemiddelhåndtering og implementering av disse, er en utfordring. «Lukket legemiddelsøyfe» (LLS) og «klinisk legemiddelsamhandling» (KLS) er eksempler på verktøy der alle trinnene i håndtering av legemidler støttes av elektroniske løsninger og henger godt sammen fra forordning til administrering.

Helse Sør-Øst har sammen med de øvrige regionale helseforetakene og Direktoratet for e-helse flere pågående prosjekter innen legemiddelområdet SAFEST, Pasientens legemiddelliste, Kjernejournal og Sentral forskrivningsmodul. I Veileder om legemiddelhåndtering 2019 - Helse Sør-Øst RHF<sup>66</sup> fremheves viktige satsingsområder til forbedring, og det gis god støtte til riktige tiltak.

Covid-19 pandemien har synliggjort at legemiddelberedskap og forsyningssvikt er et kritisk område, som må sikres nasjonalt og regionalt, slik at nødvendig medisinsk behandling kan opprettholdes.

Legemiddelmangel er et økende problem globalt og i Norge, også uten pandemi, og kan blant annet være en kilde til feilmedisinering, kan føre til hyppigere bytte til andre legemidler, og at preparater trekkes fra markedet. Ny standard behandling må etableres, og i enkelte tilfeller må pasientgrupper prioriteres for legemiddeltilgang. Det er viktig å etablere gode kommunikasjonssystemer slik at fagmiljøer får rask beskjed om eventuelle endringer og mangler.

## 2.3 Øke kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

Det er viktig at både ledere, ansatte og brukere er engasjerte og har den nødvendige kompetanse til å drive med forbedringsarbeid. Dette vil kunne gi økt kvalitet og reduksjon av uønskede hendelser i tjenesten. Følgende grep er aktuelle:

- Styrke kompetanse i pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring både hos ledere og medarbeidere
- Regionale føringer og tilbud
- Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som tema i grunnutdanningen til helsepersonell

### Styrking av forbedringskompetansen

Systematisk arbeid med pasientsikkerhet krever både profesjonskunnskap og forbedringskunnskap. Selv om det finnes modeller og verktøy til støtte i planlegging og gjennomføring av kvalitetsforbedring, så krever deltagelse i arbeidet en forståelse av hvordan helsetjenestens resultater hviler på organisering, virksomhetens organisasjonskultur og arbeidsprosesser Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM) anbefaler å bruke «Forbedringsguiden»<sup>67</sup>. Noen av helseforetakene har utarbeidet egne «forbedringsveiledere» dels basert på denne guiden, dels på andre tilnærminger (for eksempel Lean).

I alle helseforetakene i Helse Sør-Øst er det etablert ulike tiltak for å øke forbedringskompetansen. I noen av helseforetakene og sykehusene i regionen oppleves det utfordringer med å bygge kompetanse. Det vises blant annet til manglende fokus og føringer fra ledelsen og manglende kapasitet og tid til å gjennomføre opplæring.

Erfaringer fra flere regionale læringsnettverk og forbedringsarbeider er at veilederkompetanse i forbedringsarbeid er «gull verdt», men at flere helseforetak ikke har tilstrekkelig kapasitet til å dekke etterspørsel etter slike veiledere. Flere av helseforetakene etterlyser regionale tilbud og/eller bedre tilgang og støtte til å delta i internasjonale/nasjonale opplæringstilbud om styrking av veilederkompetanse og -kapasitet.

### Teamkompetanse

Helsepersonell er eksperter på sine områder, men for at kompetansen skal komme pasienten til gode, må det etableres gode team, der alle medlemmene jobber sammen mot et felles mål, noe som også er fremhevet i Nasjonal helse- og sykehusplan. En forutsetning for dette er at team setter av tid til å planlegge arbeidet og gjerne også øve sammen. Gode team fungerer som sikkerhetsnett for en trygg og sikker helsetjeneste for pasientene, og pasientene utgjør en sentral del av teamet. Det er dokumentert i flere studier at svikt i teamarbeid (for eksempel kommunikasjon) er en viktig årsak til uønskede hendelser, og at teamtrening kan ha stor betydning for å forebygge slike hendelser<sup>68 69</sup>. Der fremheves også at kompetanse i å arbeide tverrfaglig ikke kommer av seg selv – det må læres, og at innlæringen starter i grunnutdanningen og fortsetter i arbeid ved daglig samhandling, simulering og intern opplæring.

## 2.4 Styrke regionens innsats innen nasjonale satsinger

Det er igangsatt flere nasjonale satsinger innen kjente risikoområder. For å redusere pasientskader er det nødvendig å følge opp og forsterke innsatsen med eksisterende satsinger, og spesielt er det behov for å:

- Bedre implementering og etterlevelse av nasjonale anbefalinger og handlingsplaner, spesielt når det gjelder samstemming av legemiddellister, trygg utskriving, handlingsplaner for smittevern og antibiotikaresistens
- Redusere helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)

### «I Trygge hender 24-7»

Fra januar 2019 opphørte pasientsikkerhetsprogrammet. Arbeidet, konseptet og navnet er videreført som «I trygge hender 24-7». Gjeldende innsatsområder (jmfør figur 2) og tiltakspakker forutsettes fulgt opp av helseforetak og sykehus som en del av den daglige driften. Fra 2020 vil tiltakspakkene innen noen av områdene gradvis omgjøres til «Nasjonale faglige råd» og inngå i Helsedirektoratets normerende produkter.

Som for andre faglige råd og veiledere har det vært/er en utfordring å sikre implementering av tiltakspakkene. Hittil har dette vært fulgt opp blant annet med manuell, tertialvis rapportering fra helseforetakene til Helse Sør-Øst RHF og Helsedirektoratet. Helseforetakene har valgt ulike tilnærminger for rapportering, men dette gjør det vanskelig å fastslå den faktiske spredningen/etterlevelsen av innsatsområdene og å sammenligne på tvers av helseforetak. Helseforetakene har pekt på at det er behov for å se nærmere på denne måten å rapportere på. Det har også vært/er oppfølging i jevnlige møter mellom HF- koordinatorene (tidligere HF- programledere) og regional koordinatorene (tidligere RHF- programledere). Helse Sør-Øst RHF har innkalt til og ledet disse møtene. Regionale og lokale programledere har vært viktige pådrivere for å spre programmet<sup>70</sup>.

Figur 2: Innsatsområder, «I trygge hender 24-7»

 Riktig legemiddelbruk i sykehjem	 Riktig legemiddelbruk i hj. tjenesten	 Samstemming av legemiddellister	 Forebygging av trykksår
 Forebygging av fall i helseinstitusjoner	 Forebygging av underernæring	 Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand	 Tidlig oppdagelse av sepsis
 Forebygging av urinveisinfeksjoner	 Forebygging av infeksjon ved SVK	 Behandling av hjerneslag	 Trygg kirurgi
 Forebygging av selvmord	 Forebygging av overdosedødsfall	 Ledelse av pasientsikkerhet	 Trygg utskriving

Kilde: Helsedirektoratet

### Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)

HAI er en av de hyppigst forekommende komplikasjoner i helsetjenesten og er en trussel mot pasientsikkerheten. Alle sykehus og helseinstitusjoner er pålagt å registrere HAI i Norsk overvåkingsystem for bruk av antibiotika og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS). Som tabell 3 viser, hadde omtrent 3,8 % og 3,5% av pasientene i sykehus i Helse Sør-Øst i henholdsvis 2. og 4. kvartal 2018, én eller flere HAI de dagene prevalensundersøkelser ble utført<sup>71</sup>

Tabell 3: Antall og prevalens av HAI i sykehus og per region på undersøkelsesdagen i 2. og 4. kvartal 2018

Helseregion	2. kvartal			4. kvartal		
	Antall HAI	Prevalens (%)	Konfidensintervall (95%)	Antall HAI	Prevalens (%)	Konfidensintervall (95%)
Helse Midt	85	5,6	4,4 - 6,8	95	6,0	4,8 - 7,2
Helse Nord	45	4,5	3,2 - 5,8	47	4,6	3,3 - 5,9
Helse Sør-Øst	185	3,8	3,3 - 4,3	182	3,5	3,0 - 4,0
Helse Vest	82	4,4	3,5 - 5,3	75	3,9	3,0 - 4,8
Privat	36	6,8	4,6 - 9,0	26	4,9	3,1 - 6,7
<b>Total</b>	<b>433</b>	<b>4,4</b>	<b>4,0 - 4,8</b>	<b>425</b>	<b>4,1</b>	<b>3,7 - 4,5</b>

Kilde: Årsrapport 2018, NOIS

De vanligste HAI er nedre luftveisinfeksjon, urinveisinfeksjon, infeksjon i operasjonssår etter operasjon (utgjør ca. 40 %) og blodbaneinfeksjon (sepsis). Folkehelseinstituttet (FHI) antar at mer enn halvparten av helsetjenesteassosierte infeksjoner kan forebygges. Systematisk overvåking og bruk av overvåkingsdata lokalt er viktige tiltak for å forebygge disse infeksjonene. Per i dag er det ikke gode nok systemer for datafangst og uttrekk av rapporter fra allerede bestående IKT-systemer.

Kunnskap om, og gjennomføring av basale smittevernrutiner, har en infeksjonsforebyggende effekt og skal både beskytte helsepersonellet mot smitte og forebygge smitte til og mellom pasienter<sup>72</sup>. Dette har blitt aktualisert i forbindelse med Covid-19 pandemien. Smittevern er et komplekst og sammensatt fagområde og er avhengig av god ledelse, godt kunnskapsgrunnlag, digital infrastruktur og gode helseregistre. Høy vaksinasjonsdekning, både i befolkningen generelt og blant helsepersonell spesielt, er et viktig smitteverntiltak. Både Regional Smittevernplan<sup>73</sup> og Nasjonal handlingsplan for et bedre smittevern<sup>74</sup> har gode tiltakspakker som må implementeres. «I trygge hender 24-7» har også flere tiltakspakker/faglige råd som er relevante for smittevern, og som må implementeres: forebygging av urinveisinfeksjoner, forebygging av infeksjon ved SVK, tidlig oppdagelse av sepsis og trygg kirurgi.

#### Reduksjon av antibiotikabruk

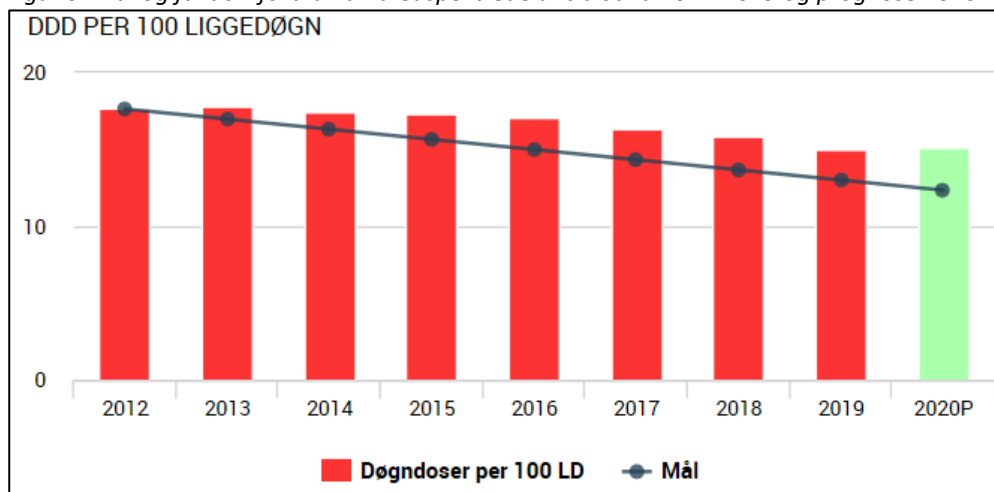
I Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten<sup>75</sup> er det et mål å redusere samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020 sammenliknet med 2012. På grunn av Covid-19 pandemien, vurderes sluttidspunktet utsatt, men dette er en politisk og administrativ vurdering som vil besluttes høsten 2020.

I 2012 var forbruket av bredspektret antibiotika i Helse Sør-Øst totalt på 17,6 døgndoser per 100 liggedøgn. Figur 3 illustrerer en reduksjon i forbruket på 15,4 prosent fra 2012, men regionen er fortsatt langt unna målet, og det kreves en betydelig innsats i årene fremover.

Studier har vist at følgende faktorer har effekt i arbeidet med reduksjon av bredspektret antibiotika<sup>76</sup>: rapporter med oversikt over forbruk- og resistensbildet, kunnskap og riktig bruk som formidles gjennom undervisning og bruk av nasjonal retningslinje. I tillegg må ledelsen være engasjert.



Figur 3: Mål og faktisk forbruk av bredspektrede antibiotika 2012-2019 og prognose 2020



Kilde: Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk

Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens har gode tiltakspakker som må implementeres. I tråd med denne planen har alle helseforetak og sykehus etablert antibiotikastyringsprogram (ASP), som innebærer aktivt arbeid med reduksjon av bredspektrede antibiotika gjennom antibiotikateam, opplæring og restriksjoner. En stor utfordring er imidlertid å få uttrekk av data fra allerede eksisterende elektroniske system i regionen, både på avdelings- og overordnet nivå, slik at data kan brukes til overvåking og hjelp og som effektivt styringssystem. Høsten 2019 etablerte Helse Sør-Øst RHF et forbedringsprosjekt «Antibiotikastyring i Helse Sør-Øst» i form av et læringsnettverk, som har vært positivt og læringsfremmende på tvers av foretak.

#### Trygge og helhetlige pasientforløp og pakkeforløp

Trygg overføring av pasient mellom ulike helseforetak/sykehus samt mellom sykehus og kommune er helt vesentlig for pasientsikkerheten. Pasientene har ofte behov på tvers av helseforetak/sykehus og forvaltningsnivåene enten det er pasientforløp eller pakkeforløp. Nasjonal helse- og sykehusplan peker på at det fremover er viktig at både nasjonale helsemyndigheter og helsefelleskapene (samarbeidsarena mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester) utvikler gode pasientforløp som favner hele pasientens forløp i helse- og omsorgstjenesten, og at dette vil legges til i styring av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

I tillegg til pakkeforløpene, har flere av helseforetakene utarbeidet standardiserte pasientforløp som beskriver henvisningsrutiner, utredning og behandling. Noen av pasientforløpene strekker seg fra hjem til hjem og inkluderer tjenester som utføres i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Alle forløpene er basert på forskning, kunnskapsbasert praksis og erfaringsutveksling. Pasient- og brukererfaringer er også lagt til grunn.

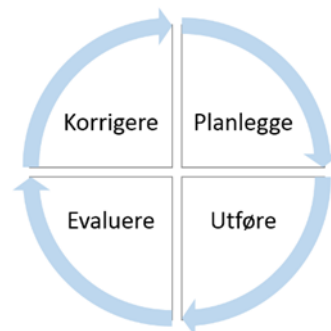
## 2.5 Forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring

Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring er en integrert del av virksomhetsstyring, og gode systemer og strukturer for virksomhetsstyring er en grunnleggende forutsetning for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst angir felles regionale forventninger som skal kunne tilpasses alle kontekster og målgrupper i helseforetaksgruppen<sup>77</sup>. Rammeverket bygger på *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og*



omsorgstjenesten og definerer virksomhetsstyring som de prosesser og aktiviteter som gjennomføres for å:

- sette mål
- definere oppgaver for å nå målene
- måle resultater mot målene
- bruke informasjonen til å ha styring, kontroll og læring til bruk for å utvikle og forbedre virksomheten



Det er et forbedringspotensial når det gjelder å integrere arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring som en del av den øvrige virksomhetsstyringen. Det er også behov for å forbedre systemer og strukturer for virksomhetsstyring når det gjelder pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Blant annet er det behov for:

- Flere kvalitetsindikatorer for pasienterfaringer, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre risikostyring
- Uttrekk av kliniske sanntidsdata fra eksisterende systemer og enkel tilgang til slike data
- Mer registrering av uønskede hendelser og forenkling av varslingsystemer
- Mer bruk av data fra kvalitetsmålinger som viser avvik eller forbedringspotensial

#### Planlegging og organisering av virksomheten

God virksomhetsstyring innebærer blant annet å sette mål for utvikling av tjenesten og å beskrive hvilke endringer som må gjennomføres for å nå disse målene. Når det gjelder pasientskader og uønsket variasjon, er det satt både nasjonale og regionale mål. Disse målene må ledere kjenne til, og følge opp i egen virksomhet, med egne målsettinger basert på egne kvalitetsutfordringer. Ved utgangen av 2019 ble det valgt ut 171 nasjonale kvalitetsindikatorer for publisering, hvorav 141 for spesialisthelsetjenesten, jfr. kapittel 3.1 – kvalitetsindikatorer (tabell 4). De fleste nasjonale kvalitetsindikatorerne beskriver tallfestede nasjonale målsettinger.

Tabell 4: Oversikt over antall nasjonale kvalitetsindikatorer etter område 2019

Overordnede områder	Antall
Somatisk helse (inkl. akuttmedisin, GTT og pakkeforløp )	104
Psykisk helse og TSB	30
Kommunale helse- og omsorgstjenester (inkl. tannhelse)	31
Legemidler	6
SUM	171

Kilde: Helsedirektoratet, årsrapport 2019. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem<sup>78</sup>.

Nærmere 30 av de nasjonale kvalitetsindikatorerne utgår fra nasjonale kvalitetsregistre. Det er en utfordring at det er mange kvalitetsindikatorer å forholde seg til samtidig som det er behov for å utvikle indikatorer innen nye områder som for eksempel innen somatisk helsetjeneste for barn, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt indikatorer som reflekterer pasienterfaringer. Helse Sør-Øst RHF har innledet samarbeid med Folkehelseinstituttet for å utarbeide relevante indikatorer for noen av de nevnte pasientgruppene.

Risikostyring er helt sentralt i og inngår i virksomhetsstyringen<sup>79</sup>. Hensikten med risikostyring er å forebygge uønskede hendelser eller mangler ved tjenestetilbudet som kan ha konsekvenser for pasienter/brukere, ansatte og samfunnet. Risikostyring henger tett sammen med avvikshåndtering.

Mens risikostyring innebærer å gjennomføre forebyggende tiltak i forkant av mulige hendelser, innebærer avvikshåndtering å lære av feil og gjennomføre forbedringstiltak i etterkant av hendelser for å unngå at de skjer igjen. Det er viktig at både mellomleder- og toppledernivå etablerer en systematikk for dette. Videre må risikobildet også bringes opp til styrene, slik at de har mulighet til å følge opp virksomhetens risikohåndtering og hvordan risikobildet utvikles over tid. Styrenes betydning understrekes også i det regionale rammeverket for virksomhetsstyring og av Institute of Healthcare Improvement (IHI)<sup>80</sup>.

### Gjennomføring av aktiviteter

I regionalt rammeverk for virksomhetsstyring fremheves at gode planer og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid er nøkkelen til å lukke avvik, forebygge uønskede hendelser, utvikle tjenestene og bedre pasient- og brukersikkerheten. Videre fremheves at dette krever tett lederoppfølging og en kultur preget av åpenhet, hvor feil, uønskede hendelser og informasjon/erfaringer fra medarbeidere og brukere benyttes som en kilde til forbedring og brukes i planleggingen og styringen av helseforetaket.

Revisjoner viser at det er ulik modenhet i tilnærming og bruk av metoder for læring og et forbedringspotensial når det gjelder helseforetakenes håndtering og læring av uønskede hendelser, og at styrene er for lite involvert i dette<sup>81 82</sup>. I Helse Sør-Øst er det utarbeidet regionale føringer for håndtering av uønskede hendelser og regional retningslinje for publisering av uønskede hendelser (revidert i 2019). Helseforetakene ble i oppdrag- og bestillerdokument 2018 bedt om å følge de regionale føringene. I den regionale retningslinjen anbefales alle helseforetak/sykehus å publisere statistikk knyttet til meldte hendelser som førte/kunne ført til betydelig personskaade og å publisere temameldinger. Tabell 5 viser at helseforetakene følger retningslinjen ulikt.

Tabell 5: Publiseringer og temameldinger per helseforetak og sykehus per juli 2020

Helseforetak/sykehus	Publiserer statistikk	Publiserer temamelding
Oslo universitetssykehus HF	2014-2019	Ja
Akershus universitetssykehus HF	Nei	Nei
Sykehuset Innlandet HF	2017 - 2019	Nei
Sykehuset Østfold HF	2015 – 2018 (3-3 melding)	Nei
Sykehuset i Vestfold HF	2019	Nei
Sykehuset Telemark HF	Nei	Nei
Sørlandet sykehus HF	2015 - 2017	Nei
Vestre Viken HF	Ja	Nei
Sunnaas sykehus HF	Ja	Ja
Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	Nei	Nei
Diakonhjemmet Sykehus AS	Nei	Nei
Martina Hansen Hospital	Nei	Nei
Betanien Hospital	Nei	Nei
Revmatismesykehuset	Nei	Nei

Kilde: Helseforetakenes og sykehusenes nettsider

Regionalt innsatsteam for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være en arena for deling og erfaringsutveksling av uønskede hendelser på tvers av helseforetak og sykehus. Utover dette er det få regionale føringer/arenaer for læring og erfaringsutveksling i Helse Sør-Øst. Det er viktig at slik erfaringsdeling og læring skjer i styringslinjen. Erfaringer med risiko som er relevant for flere helseforetak bør derfor behandles i foretaksmøter, sammen med vurdering og prioritering av strategier for å redusere risiko.

Alle helseforetakene og sykehusene har etablert pasientsikkerhets- og kvalitetsutvalg, men ikke på alle nivåer. Dette er arenaer som brukes for læring og erfaringsutveksling lokalt. I tråd med anbefalinger fra Helsedirektoratet<sup>83</sup>, gjennomfører noen av helseforetakene og sykehusene «pasientsikkerhetsvisitter»,

der øverste ledelse møter ansatte som arbeider klinisk for å diskutere utfordringer rundt pasientsikkerheten på sin arbeidsplass. Pasientsikkerhetsvisitter kan med fordel prioriteres til enheter som skårer lavt på pasientsikkerhetskultur. Studier indikerer at et slikt tiltak avdekker risikoområder som ellers ikke fanges opp og kan bidra til bedre sikkerhetskultur <sup>84 85 86</sup>.

### *Evaluering og korrigerende av virksomheten*

God virksomhetsstyring innebærer at ledere, som en integrert del av daglig drift, kontrollerer at oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres som planlagt. I dette ligger ansvaret for å etterspørre status, følge med på målinger og resultater, sikre at frister som er satt overholdes og at iverksatte tiltak har ønsket effekt. Erfaringer og tilbakemeldinger fra ledere i Helse Sør-Øst viser at manglende eller mangelfulle IKT-systemer for innhenting av data oppleves som en utfordring innen dette området. Det etterlyses systemer som gir oversiktlig og lett tilgjengelig informasjon med mulighet til å følge status i egen virksomhet i sanntid og over tid. I tillegg til at nåværende systemer krever mye manuelt arbeid, kan resultatet bli styringsdata som verken er gode nok til å beskrive de faktiske forholdene eller som grunnlag for styring. Det arbeides for bedre løsninger, blant annet bistår Helse Sør-Øst Direktoratet for e-helse med å etablere Helseanalyseplattformen, som inngår i det nasjonale Helse-dataprogrammet, og som skal gjøre data fra for eksempel de nasjonale kvalitetsregistrene lettere tilgjengelig.

Til tross for at det er mangler når det gjelder IKT-systemene, finnes det i dag mange kilder, i tillegg til nasjonale kvalitetsindikatorer, som kan gi grunnlag for å evaluere og korrigere virksomheten. Det er en utfordring at data fra disse kildene ikke benyttes tilstrekkelig og/eller systematisk når det gjelder pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. I det følgende beskrives noen av disse informasjonskildene, og noen utfordringer knyttet til noen av dem. Ledere bør bruke disse kildene aktivt i styring av virksomhetene:

- Helseforetakenes *meldesystemer*, hvor det registreres og klassifiseres uønskede hendelser (inkludert HMS og arbeidsmiljø). Kun 33 % av skadene som har fått medhold av Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) på grunn av uønskede hendelser under behandlingen, finnes som registrerte avvik i de lokale meldesystemene, og det er stor variasjon mellom sykehusene (fra 0-59%)<sup>87</sup>. Målet må være at ALT som ikke går som det var ment, skal meldes så snart en blir oppmerksom på det.
- *Varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn*: i 2019 var det 390 slike varsler fra sykehusene i Helse Sør-Øst (43 % fra psykisk helsevern og 54 % fra somatikk <sup>88</sup>). Helsetilsynet forventer en økning i antall varsler og fare for gjentatte varsler som følge av endringer i lovverket og mange ulike varslingsmuligheter- og instanser.
- *Rapporter fra fylkesmennenes tilsyn og behandling av klager*: på vegne av Statens helsetilsyn fører fylkesmennene tilsyn ved varsler om alvorlige hendelser. Det ble utført 267 tilsyn i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst i 2019 <sup>89</sup>.
- *Rapporter fra Statens Undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM)*: UKOM får automatisk varsel fra Statens Helsetilsyn om alle alvorlige hendelser og kan velge ut saker for nærmere undersøkelse. I tillegg kan pasienter og pårørende melde direkte til UKOM i et eget elektronisk meldesystem. UKOM har per august 2020 publisert to rapporter: en om «et legemiddelrelatert dødsfall på akuttpsykiatrisk sengepost»<sup>90</sup> og en om «tidlig diagnostikk og behandling av det alvorlig febersyke barnet»<sup>91</sup>. Rapportene gir tilrådninger som skal bidra til læring på tvers av sykehusene.

- *NPE*: basert på erstatningssaker, kan NPE gi informasjon som kan være godt læringsmateriale. NPE behandlet 1819 erstatningssaker i 2019 som gjaldt behandling i Helse Sør-Øst. Det ble gitt medhold i 470 av sakene og utbetalt 371 millioner kroner i erstatning til pasienter som hadde blitt skadet mens de fikk behandling utført i Helse Sør-Øst<sup>92</sup>.
- *Medisinske kvalitetsregistre*: inneholder også godt læringsmateriale og er viktige virkemiddel for å nå målene når det gjelder pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring<sup>93</sup>. Per oktober 2020 er det 51 nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og 19 av de nasjonale kvalitetsregistrene er forankret i Helse Sør-Øst<sup>94</sup>, jfr. kapittel 3.2. De regionale helseforetakene har, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet laget en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye kvalitetsregistre, der rusbehandling og psykisk helsevern er rangert først. De fleste nasjonale kvalitetsregistre registrerer pasientrapporterte resultater (PROM) og -erfaringer (PREM). Enkelte sykehus (for eksempel Oslo universitetssykehus) har brukerundersøkelser, der anonyme pasienterfaringer gir delvis oversikt på aggregert nivå, men det er en utfordring at slike data ikke registreres rutinemessig som primærdata og benyttes i foretakenes kontinuerlige forbedringsarbeid. Det har vært brukt mye ressurser på å samle inn data til nasjonale og lokale kvalitetsregistre, men flere helseforetak mener det er vanskelig å få til god utnyttelse av dataene fordi det er begrensede ressurser tilgjengelig. Det meldes også om begrensede muligheter for midler til kvalitets og -forbedringsarbeid som utgår fra kvalitetsregistre med mindre dette klassifiseres som forskning.

I tillegg til å bruke informasjon fra kildene nevnt over, viser erfaringer fra helseforetak/sykehus og ulike undersøkelser at det kan være krevende å forbedre etterlevelsen av fagprosedyrer. En kunnskapsoppsummering viser at noen tiltak kan ha effekt på etterlevelse: elektronisk beslutningsstøtte, kurs og møter, praksisbesøk, monitorering og skreddersydde tiltak for implementering av retningslinjer<sup>95</sup>. Dette er i tråd med anbefalingene fra organisasjonen Advisory Board, som viser til at det er viktig å designe standarder som er best mulig tilpasset arbeidsprosessene og kan støtte klinikere i implementering. I Helse Sør-Øst er flere av disse tiltakene brukt. Noen helseforetak praktiserer interne kliniske fagrevisjoner, men personvern hensyn har gjort at dette ikke har vært praktisert av fagmiljø på tvers i regionen. Oslo universitetssykehus HF har fra juli 2020 en klinisk «compliance-officer» som blant annet skal følge opp etterlevelse av lover, regler og rutiner innen det kliniske området.

### 3 Oversikt over kvalitetsindikatorer

#### 3.1 Kvalitetsindikatorer

Tjenesteområde	Kvalitetsindikator	Utviklet av kvalitetsregister
Somatikk	30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse uansett årsak	
Somatikk	30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerneslag	
Somatikk	30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hjerteinfarkt	
Somatikk	30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse ved hoftebrudd	
Somatikk	5 års overlevelse etter brystkreft	✓
Somatikk	5 års overlevelse etter endetarmskreft	✓
Somatikk	5 års overlevelse etter lungekreft	✓
Somatikk	5 års overlevelse etter tykktarmskreft	✓
Somatikk	5 års relativ overlevelse etter høy-risiko prostatakreft	✓
Somatikk	Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	✓
Somatikk	Antitrombotisk behandling etter hjerneinfarkt	
Somatikk	Barne- og ungdomsgarantien, andel startet helsehjelp innen 65 dager	
Somatikk	Barne- og ungdomsgarantien, andel vurdert innen 10 dager	
Somatikk	Barnediabetes: Alvorlige akutte komplikasjoner	✓
Somatikk	Barnediabetes: Blodsukkerregulering	✓
Somatikk	Barnediabetes: Blodtrykk og LDL-kolesterol	✓
Somatikk	Barnediabetes: Nyrefunksjon	✓
Somatikk	Behandlet i slagenhet etter akutt hjerneslag	✓
Somatikk	Blodfortynnende behandling etter hjerneinfarkt hos pasienter med atrieflimmer	✓
Somatikk	Blodsukkerregulering ved type 1 diabetes hos voksne	✓
Somatikk	Blodtrykksbehandling etter hjerneslag.	✓
Somatikk	Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i somatisk helse	
Somatikk	Brystbevarende operasjon for kvinner diagnostisert med brystkreft	✓
Somatikk	Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)	
Somatikk	Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter gjennomført aortakoronar bypass kirurgi	
Somatikk	Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter inngrep i tykktarm	

Somatikk	Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter innsetting av hemiprotese (hofte)	
Somatikk	Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)	
Somatikk	Dype og organ/hulromsinfeksjoner etter utført keisersnitt	
Somatikk	Dødelighet i nyfødtperioden	
Somatikk	Dødfødte barn	
Somatikk	Epikrisetid ved utskriving fra somatisk helsetjeneste	
Somatikk	Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika i norske sykehus	
Somatikk	Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse	
Somatikk	Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i somatisk helse	
Somatikk	Fødselsrifter grad 3 og 4	
Somatikk	Fødsler uten større inngrep og komplikasjoner	
Somatikk	Gjennomføring av Diagnostisk pakkeforløp innen maksimal anbefalt forløpstid	
Somatikk	Gjennomføring av Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt innen maksimal anbefalt forløpstid	
Somatikk	Gjennomføring av Pakkeforløp for Nevroendokrine svulster innen maksimal anbefalt forløpstid	
Somatikk	Gjennomføring av Pakkeforløp for Sarkom innen maksimal anbefalt forløpstid	
Somatikk	Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i somatisk helse	
Somatikk	Hjerte-lunge-redning før ambulansen kommer frem til en hertestans	✓
Somatikk	Hoftebrudd operert innen henholdsvis 24 timer og 48 timer	
Somatikk	Igangsetting av fødsel	
Somatikk	Individuell plan for barnehabilitering	
Somatikk	Keisersnitt	
Somatikk	Korridorpasienter	
Somatikk	Kransårerøntgen innen anbefalt tid ved hjerteinfarkt	
Somatikk	Kurativ behandling av lungekreft	✓
Somatikk	Legemiddelbehandling i tråd med nasjonale retningslinjer etter operasjon for innsnevring av halspulsåren (carotisstenose)	✓
Somatikk	Legemiddelbehandling i tråd med nasjonale retningslinjer etter operasjon for trange blodårer til beina (åreforkalkning)	✓
Somatikk	Legemiddelbehandling i tråd med nasjonale retningslinjer etter operasjon for utposning på hovedpulsåren (aortaaneurisme)	✓

Somatikk	Lipidsenkende behandling etter hjerneinfarkt	✓
Somatikk	Nye kreftpasienter i Pakkeforløp for alle 24 kreftformer	
Somatikk	Oppdaterte ventetider i Velg behandlingssted	
Somatikk	Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)	
Somatikk	Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter inngrep i tykktarmen (koloninngrep)	
Somatikk	Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter innsetting av hemiprotese (hofte)	
Somatikk	Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter innsetting av totalprotese (hofte)	
Somatikk	Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter keisersnitt	
Somatikk	Oppfølging av infeksjonsstatus 30 dager etter utført aortakoronar bypass	
Somatikk	Pakkeforløp for 26 organspesifikke kreftformer	
Somatikk	Pakkeforløp for akutt leukemi	
Somatikk	Pakkeforløp for blærekreft	
Somatikk	Pakkeforløp for brystkreft	
Somatikk	Pakkeforløp for bukspyttkjertelkreft	
Somatikk	Pakkeforløp for eggstokkreft	
Somatikk	Pakkeforløp for føflekkreft	
Somatikk	Pakkeforløp for Galleveiskreft	
Somatikk	Pakkeforløp for hjernekreft	
Somatikk	Pakkeforløp for hode-halskreft	
Somatikk	Pakkeforløp for kreft hos barn	
Somatikk	Pakkeforløp for kreft i skjoldbruskkjertelen	
Somatikk	Pakkeforløp for kreft i spiserør og magesekk	
Somatikk	Pakkeforløp for Kronisk lymfatisk leukemi	
Somatikk	Pakkeforløp for livmorhalskreft	
Somatikk	Pakkeforløp for livmorkreft	
Somatikk	Pakkeforløp for lungekreft	
Somatikk	Pakkeforløp for lymfom	
Somatikk	Pakkeforløp for myelomatose	
Somatikk	Pakkeforløp for nyrekreft	
Somatikk	Pakkeforløp for peniskreft	
Somatikk	Pakkeforløp for primær leverkreft	

Somatikk	Pakkeforløp for prostatakraft	
Somatikk	Pakkeforløp for testikkelkreft	
Somatikk	Pakkeforløp for tykk- og endetarmskreft	
Somatikk	Postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)	
Somatikk	Postoperative infeksjoner etter gjennomført aortakoronar bypass kirurgi	
Somatikk	Postoperative infeksjoner etter inngrep i tykktarm	
Somatikk	Postoperative infeksjoner etter innsetting av hemiprotese (hofte)	
Somatikk	Postoperative infeksjoner etter innsetting av totalprotese (hofte)	
Somatikk	Postoperative infeksjoner etter utført keisersnitt	
Somatikk	Prevalens av sykehusinfeksjoner	
Somatikk	Reinnleggelse blant eldre pasienter 30 dager etter utskrivning fra sykehus	
Somatikk	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)	
Somatikk	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for brudd	
Somatikk	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjerneslag	
Somatikk	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for hjertesvikt	
Somatikk	Reinnleggelse innen 30 dager for eldre pasienter etter sykehusinnleggelse for lungebetennelse	
Somatikk	Restimulering under fødsel	
Somatikk	Selvbestemt abort gjennomført medikamentelt eller kirurgisk	
Somatikk	Svartid medisinsk nødnummer 113	
Somatikk	Tid fra symptom til behandling av åreforkalkning i halspulsåren	✓
Somatikk	Tilstand nyfødte barn	
Somatikk	Trombolysebehandling av hjerneinfarkt innen 40 minutter	✓
Somatikk	Trombolysebehandling ved blodpropp i hjernen	✓
Somatikk	Underekstremitetsamputasjoner blant pasienter med diabetes	
Somatikk	Utsettelse av planlagte operasjoner	
Somatikk	Vellykket gjenopplivning etter hjertestans	✓
Somatikk	Vurdering og testing av svelgefunksjon etter hjerneslag.	✓
Somatikk	Invasiv utredning ved hjerteinfarkt uten ST-elevasjon	✓
Somatikk	Beste medisinske behandling av karkirurgiske pasienter	✓
Psykisk helse	Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i PHV	



Psykisk helse	Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for barn og unge	
Psykisk helse	Bruk av spesifikke tilstandskoder i psykisk helsevern for voksne	
Psykisk helse	Epikrisetid ved utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i PHV	
Psykisk helse	Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre	
Psykisk helse	Fristbrudd for pasienter som har påbegynt behandling i PHV	
Psykisk helse	Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i PHBU	
Psykisk helse	Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHBU	
Psykisk helse	Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i PHV	
Psykisk helse	Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHBU	
Psykisk helse	Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i PHV	
Psykisk helse	Individuell plan med diagnose schizofreni i psykisk helsevern for voksne (PHV)	
Psykisk helse	Kompletthet i dokumentasjon og rapportering av henvisningsformalitet i psykisk helsevern for voksne	
Psykisk helse	Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern for voksne	
Psykisk helse	Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne	
TSB	Brudd på vurderingsgarantien for pasienter i TSB	
TSB	Bruk av spesifikke tilstandskoder i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
TSB	Epikrisetid ved utskrivning fra døgntilrettelagt behandling i TSB	
TSB	Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i TSB	
TSB	Fristbrudd for pasienter som står på venteliste i TSB	
TSB	Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes i TSB	
TSB	Avbrudd i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
Brukererfaring	Brukererfaringer med behandlingen av barnediabetes	
Brukererfaring	Brukererfaringer med fødsels- og barselomsorgen	
Brukererfaring	Foresattes erfaringer med poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	
Brukererfaring	Pasienterfaringer fra døgntilrettelagt psykiatrien	
Brukererfaring	Pasienterfaringer fra tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
Brukererfaring	Pasienterfaringer med somatiske sykehus	

### 3.2 Nasjonale kvalitetsregistre

Fagområde	Nasjonalt kvalitetsregister	RHF	HF	Dekningsgrad	PROM / PREM	
Hjerte og -karsykdommer	Norsk hjerneslagregister	HMN	St Olav	87 %	✓	
	Norsk hjerteinfarktregister	HMN	St Olav	90 %	✓	
	Norsk karkirurgisk register	HMN	St Olav	85 %	✓	
	Norsk Hjertekirurgiregister	HSØ	OUS	98 %		
	Norsk hjertesvikregister	HMN	St Olav	71 %	✓	
	Nasjonalt register for invasiv kardiologi	HV	Helse Bergen	98 %		
	Norsk hjertestansregister	HSØ	OUS	87 %	✓	
	Nasjonalt register for ablasjonsbehandling og elektrofysiologi i Norge	HV	Helse Bergen	ukjent	✓	
Kreft	Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft	HSØ	OUS/KRG	65 %	✓	
	Nasjonalt kvalitetsregister for prostatakreft	HSØ	OUS/KRG	79 %	✓	
	Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft	HSØ	OUS/KRG	84 %		
	Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft	HSØ	OUS/KRG	92 %	✓	
	Nasjonalt kvalitetsregister for melanom	HSØ	OUS/KRG	63 %		
	Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk kreft	HSØ	OUS/KRG	82 %		
	Nasjonalt kvalitetsregister for lungekreft	HSØ	OUS/KRG	80 %		
	Nasjonalt kvalitetsregister for lymfoide maligniteter	HSØ	OUS/KRG	65 %		
	Luftveier	Nasjonalt register for langtids mekanisk ventilasjon	HV	Helse Bergen	85 %	✓
		Diabetes	Nasjonalt kvalitetsregister for barne- og ungdomsdiabetes	HSØ	OUS	98 %
Norsk diabetesregister for voksne	HV		Helse Bergen	70 %*	✓	
Nervesystem	Cerebral pareseregisteret i Norge	HSØ	SIV	93 %	✓	
	Norsk MS-register og biobank	HV	Helse Bergen	57 %	✓	
	Norsk register for arvelige og medfødte nevromuskulære sykdommer	HN	UNN	39 %		
	Norsk Parkinsonregister og biobank	HV	Helse Stavanger	ukjent	✓	
	Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten - NorKog	HSØ	OUS	44 %	✓	
Muskel og skjelett	Nasjonalt Register for Leddproteser	HV	Helse Bergen	97 %	✓	
	Nasjonalt Hoftebruddregister	HV	Helse Bergen	92 %	✓	
	Nasjonalt Korsbåndregister	HV	Helse Bergen	84 %	✓	

	Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi	HN	UNN	70 %	✓
	Nasjonalt Barnehofteregister	HV	Helse Bergen	76 %	
Mage og tarm	Gastronet	HSØ	ST	50 %	✓
	Norsk register for analinkontinens	HN	UNN	84 %	✓
	Norsk Register for Gastrokirurgi	HN	UNN	68 %	
	Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi	HV	Helse Bergen	77 %	✓
Gynekologi	Norsk gynekologisk endoskopiregister	HSØ	SIV	46 %	✓
	Norsk kvinnelig inkontinensregister	HSØ	OUS	99 %	✓
Nyre	Norsk Nyreregister	HSØ	OUS	>95 %	✓
Skade og intensiv	Norsk intensiv- og pandemiregister	HV	Helse Bergen	97 %**	✓
	Norsk Nyfødtmedisinsk Kvalitetsregister	HSØ	OUS	97 %	
	Nasjonalt traumeregister	HSØ	OUS	>85 %	
Rehabilitering	Norsk ryggmargsskaderegister	HMN	St Olav	95 %	✓
	Norsk nakke- og ryggregister	HN	UNN	63 %	✓
Autoimmune sykdommer	Nasjonalt kvalitetsregister for organspesifikke autoimmune sykdommer	HV	Helse Bergen	61 %	✓
Revmatologi	Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer	HV	Helse Bergen	42 %	✓
	Norsk vaskulittregister & biobank - NorVas	HN	UNN	41 %	✓
Øre-nese-hals	Norsk Kvalitetsregister Øre-Nese-Hals – Tonsilleregisteret	HMN	St Olav	52 %	✓
Hudsykdommer	Nordisk register for hidradenitis suppurativa	HN	UNN	34 %	✓
Psykisk helse og rus	Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser	HN	Nordland-sykehuset	58 %	✓
	Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler – KVARUS (start 2018)	HV	Helse Stavanger	nystartet	✓
Andre	Norsk kvalitetsregister for leppe-kjeve-ganespalte	HV	Helse Bergen	82 %	✓
	Norsk porfyriregister	HV	Helse Bergen	71 %	✓
	Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling	HV	Helse Bergen	21 %	✓

**Dekningsgrad** angir hvor stor del av pasientene som skal registreres som faktisk er registrert. Høy dekningsgrad betyr at datagrunnlaget er representativt for pasientgruppen, og at en kan ha tiltro til resultatene fra kvalitetsregisteret. \*Dekningsgrad kun for type 1 diabetes. \*\*Dekningsgraden er beregnet på bakgrunn av 17 enheter i et prosjekt. Kilde: Nasjonalt servicemiljø for kvalitetsregistre.

**PROM/PREM:** PROM (Patient Reported Outcome Measures) er pasientrapporterte utfallsmål om fysisk og psykisk helse, funksjonsevne og livskvalitet. PREM (Patient Reported Experience Measures) måler pasientenes erfaringer og opplevelser av helsepersonells faglige dyktighet og kommunikasjonsevne, organisering og ventetid. Tabellen,

som viser status per 31.12.2019, skiller ikke mellom PROM og PREM eller mellom elektronisk og papirinnsamlet data. Kilde: Fagsenter for pasientrapporterte data.

Kreftregisteret vil gradvis starte opp med fast innsamling av PROM-data, først for prostatakreft og brystkreft, deretter for de øvrige kreftformene som har nasjonale kvalitetsregistre.

## 4 Referanser

---

- <sup>1</sup> [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#)
- <sup>2</sup> [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)
- <sup>3</sup> [Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023](#)
- <sup>4</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20192020/id2681185/>
- <sup>5</sup> [Oppdragsdokument - regjeringen.no](#)
- <sup>6</sup> [Helse Sør-Øst. Regional strategi for kvalitet, pasientsikkerhet og HMS 2018-2020](#)
- <sup>7</sup> [Regional utviklingsplan 2035 - Helse Sør-Øst RHF](#)
- <sup>8</sup> [Rammeverk for helse, miljø og sikkerhet, Helse Sør-Øst 2015-2020](#)
- <sup>9</sup> [Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst](#)
- <sup>10</sup> [Rapport Helsedirektoratet Pasientskader i Norge 2019 målt med Global Trigger Tool](#)
- <sup>11</sup> [The association between patient-reported incidents in hospitals and estimated rates of patient harm - PubMed \(nih.gov\)](#)
- <sup>12</sup> [Utviklingsmuligheter - Helsedirektoratet](#)
- <sup>13</sup> [Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review | BMJ Open](#)
- <sup>14</sup> [Helsedirektoratet. Veiledere risiko og hendelseanalyse. Håndbok for helsetjenesten](#)
- <sup>15</sup> [Patient Safety WHO](#)
- <sup>16</sup> [Årsrapport 2017 Helsedirektoratet Meldeordningen](#)
- <sup>17</sup> [Sammendrag - Helsedirektoratet](#)
- <sup>18</sup> [Sammenheng sykepleieres arbeidsmiljø og dødelighet](#)
- <sup>19</sup> [Patient Safety WHO](#)
- <sup>20</sup> [Årsrapport 2017 Helsedirektoratet Meldeordningen](#)
- <sup>21</sup> [Rate of avoidable deaths in a Norwegian hospital trust as judged](#)
- <sup>22</sup> [Accuracy of surgical complication rate estimation using ICD-10 codes](#)
- <sup>23</sup> [Folkehelseinstituttet notat 2012](#)
- <sup>24</sup> [OECD-The-economics-of-patient-safety-March-2017](#)
- <sup>25</sup> [Wennberg, JE. Time to tackle unwarranted variations in practice. BMJ 2011; 342, d1513. doi:10.1136/ bmj.d1513](#)
- <sup>26</sup> [Folkehelseinstituttet. 30 dagers overlevelse og reinnleggelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2019: https://www.fhi.no/publ/2020/30-dagers-overlevelse-og-reinnleggelse-etter-sykehusinnleggelse-resultater/](#)
- <sup>27</sup> [Survival curves to support quality improvement in hospitals with excess 30-day mortality after acute myocardial infarction, cerebral stroke and hip fracture](#)
- <sup>28</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/pakkeforlop-for-psykisk-helse-rus>
- <sup>29</sup> [Psychometric properties of the Norwegian version of the Safety Attitudes Questionnaire \(SAQ\), Generic version \(Short Form 2006\) | BMC Health Services Research | Full Text](#)
- <sup>30</sup> [\(PDF\) Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes](#)
- <sup>31</sup> [An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes - Hofmann - 2006 - Personnel Psychology - Wiley Online Library](#)
- <sup>32</sup> [Patient safety culture lives in departments and wards: Multilevel partitioning of variance in patient safety culture | BMC Health Services Research | Full Text](#)
- <sup>33</sup> [Healthcare climate: a framework for measuring and improving patient safety - PubMed](#)
- <sup>34</sup> [Survival curves to support quality improvement in hospitals with excess 30-day mortality after acute myocardial infarction, cerebral stroke and hip fracture](#)
- <sup>35</sup> [Riksrevisjonen rapport-2019-2020. Riksrevisjonens undersøkelse av variasjon i forbruk helsetjenester](#)
- <sup>36</sup> [Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen, 2019-2023. Helse- og omsorgsdepartementet](#)
- <sup>37</sup> [Folkehelseinstituttet Kartlegging av begrepet -pasientsikkerhet 2010](#)
- <sup>38</sup> [Årsmelding Pasient- og brukerombudene 2019](#)
- <sup>39</sup> [Folkehelseinstituttet PasOpp-rapport 2016:151-Pasienterfaringer med norske sykehus i 2015-Helse Sør-Øst](#)
- <sup>40</sup> [Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\) i 2017](#)
- <sup>41</sup> [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Kapittel 3. Særlige plikter og oppgaver - Lovdata](#)
- <sup>42</sup> [Lovdata - kapittel 3 Rett til medvirkning og informasjon](#)
- <sup>43</sup> [Samvalg - ta beslutninger sammen med pasienten \(nettside Helse Sør-Øst RHF\)](#)
- <sup>44</sup> [Nasjonal helse- og sykehusplan - regjeringen.no](#)
- <sup>45</sup> [Samvalgs- og beslutningsstøttesystem for langtidsbehandling ved bipolar lidelse](#)
- <sup>46</sup> [Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten \(Helsedirektoratet\)](#)

- 
- <sup>47</sup> [Assessments of the extent to which health-care providers involve patients in decision making: a systematic review of studies using the OPTION instrument](#)
- <sup>48</sup> [Validation of the Norwegian version of MAPPIN'SDM, an observation-based instrument to measure shared decision-making in clinical encounters - PubMed](#)
- <sup>49</sup> [Lov om helseforetak m.m. \(helseforetaksloven\) - Lovdata](#)
- <sup>50</sup> [Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse \(Danielsaken\)» 2015 <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/tilsynsrapport-etter-alvorlig-hendelse-danielsaken-dodsfall-etter-postoperativ-blodning-etter-fjerning-av-halsmandler-helse-more-og-romsdal-hf/>](#)
- <sup>51</sup> [UKOM rapport 2020 Legemiddelrelatert dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost](#)
- <sup>52</sup> [Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review](#)
- <sup>53</sup> [Institute for Healthcare Improvement - Joy in Work](#)
- <sup>54</sup> [Associations between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey](#)
- <sup>55</sup> [World Patient Safety Day 2020](#)
- <sup>56</sup> [Smittet av vold \(Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene\) | Per Isdal - Fagbokforlaget.no](#)
- <sup>57</sup> [HiØ Brage: På vakt og i beredskap : en kvalitativ studie av miljøterapeuters erfaringer med å bli utsatt for vold og trusler i arbeidshverdagen i psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten](#)
- <sup>58</sup> [Snakk om forbedring](#)
- <sup>59</sup> [Joy in Work | IHI - Institute for Healthcare Improvement](#)
- <sup>60</sup> [WHO The third WHO Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm](#)
- <sup>61</sup> [I trygge hender 24-7samstemming av legemiddellister](#)
- <sup>62</sup> [Meld. St. 10 \(2012–2013\) - regjeringen.no. God kvalitet-trygge tjenester](#)
- <sup>63</sup> [Meld. St. 28 \(2014–2015\) - regjeringen.no. Legemiddelmeldingen. Riktig bruk-bedre helse.](#)
- <sup>64</sup> [Medication discrepancies revealed by medication reconciliation and their potential short-term and long-term effects: a Norwegian multicentre study carried out on internal medicine wards | European Journal of Hospital Pharmacy](#)
- <sup>65</sup> [Limited effect of structured medication report as the only intervention at discharge from hospital - PubMed](#)
- <sup>66</sup> [Veileder om legemiddelhåndtering 2020 – Helse Sør-Øst RHF](#)
- <sup>67</sup> [Forbedringsguiden](#)
- <sup>68</sup> [Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare](#)
- <sup>69</sup> [Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature](#)
- <sup>70</sup> [Sluttrapport Pasientsikkerhetsprogrammet](#)
- <sup>71</sup> [Årsrapport 2018. NOIS](#)
- <sup>72</sup> [Handlingsplan for et bedre smittevern 2019 - 2023. Regjeringen.no](#)
- <sup>73</sup> [Regional smittevernplan Helse Sør-Øst 2020-2023](#)
- <sup>74</sup> [Handlingsplan for et bedre smittevern 2019-2023](#)
- <sup>75</sup> [Handlingsplan mot antibiotikaresistens i Helsetjenesten](#)
- <sup>76</sup> [Kilde: Northwell Health, New York USA may-2018](#)
- <sup>77</sup> [Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst](#)
- <sup>78</sup> [Årsrapport 2019 Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem](#)
- <sup>79</sup> [Risk Management in Critical Care Medicine as a Tool to Improve Patient Safety \(doktoravhandling\)](#)
- <sup>80</sup> [Governance Leadership of Safety and Improvement](#)
- <sup>81</sup> [Undersøkelse av helseforetakenes håndtering av uønskede hendelser](#)
- <sup>82</sup> [Styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten](#)
- <sup>83</sup> [Pasientsikkerhetsvisitter - Pasientsikkerhetsprogrammet](#)
- <sup>84</sup> [The evolving literature on safety WalkRounds: emerging themes and practical messages - PubMed](#)
- <sup>85</sup> [A closer look at associations between hospital leadership walkrounds and patient safety climate and risk reduction: a cross-sectional study - PubMed](#)
- <sup>86</sup> [Revealing and resolving patient safety defects: the impact of leadership WalkRounds on frontline caregiver assessments of patient safety - PubMed](#)
- <sup>87</sup> <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/statistikkoversikt/>
- <sup>88</sup> [Statens helsetilsyn – årsrapport 2019](#)
- <sup>89</sup> [Årsrapporter for 2019 Fylkesmannen i Agder, Innlandet, Oslo og Viken, Vestfold og Telemark](#)
- <sup>90</sup> [UKOM-Rapport 1-2020-Legemiddelrelatert dødsfall på akuttpsykiatrisk sengepost](#)
- <sup>91</sup> [UKOM rapport-2-2020-Tidlig diagnostikk og behandling av det alvorlig febersyke barnet](#)
- <sup>92</sup> <https://www.npe.no/no/Om-NPE/statistikk/statistikkoversikt/>
- <sup>93</sup> [Riksrevisjonens undersøkelse av helseregistre som virkemiddel for å nå helsepolitiske mål](#)
- <sup>94</sup> [Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre Helse Sør-Øst](#)
- <sup>95</sup> [Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer - FHI](#)