Saksframlegg

Saksgang:

Møte	Dato
Styret Helse Sør-Øst RHF	19. november 2026

Sak 135-2026

Status for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst

Forslag til vedtak:

Styret tar status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring til etterretning og ber om at utviklingen på sentrale indikatorer og iverksatte tiltak følges opp.

Hamar, 12. november 2026

Terje Rootwelt
administrerende direktør

1 Hva saken gjelder

Styret får fremlagt status for arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst to ganger årlig. Denne saken følger opp sak 126-2025 om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og sak 078-2026 om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring innen somatikk. Fremover vil de halvårlige styresakene omtale både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk.

2 Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

30-dagers overlevelse

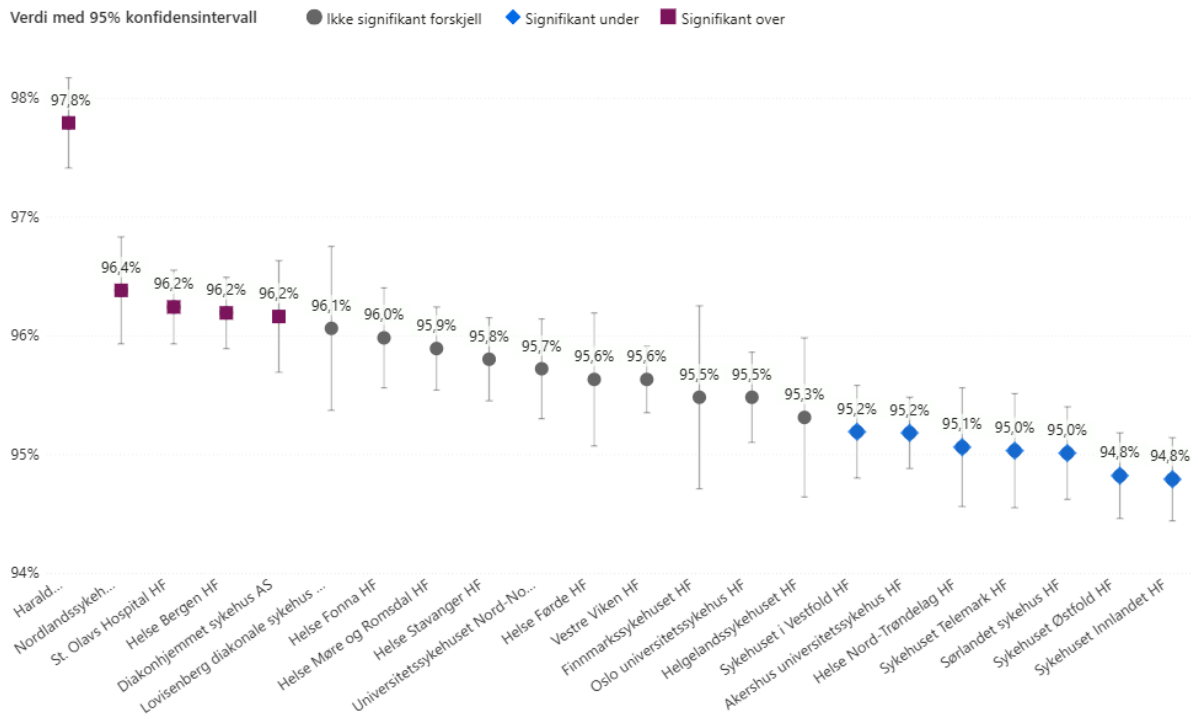
Bakgrunn

Helsedirektoratet publiserer nasjonale kvalitetsindikatorer for 30-dagers totaloverlevelse etter innleggelse i sykehus og etter innleggelser for hoftebrudd, hjerneslag og hjerteinfarkt. I indikatoren for totaloverlevelse inngår et bredt spekter av diagnoser som står for om lag 80 prosent av dødsfall etter sykehusinnleggelser. Om lag en tredjedel av totalt antall innleggelser inngår i analysen av totaloverlevelse. Indikatorer for 30-dagers overlevelse inngår også i det interregionale kliniske dashbordet, og resultatene rapporteres til styret som en del av oppfølgingen av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Indikatorene for 30-dagers overlevelse er basert på analyser av dødelighet etter sykehusinnleggelse justert for blant annet alder, kjønn og komorbiditeter og har vært benyttet internasjonalt og i Norge over tid. Indikatorene er nyttige som varselsignaler og har hatt dokumentert verdi for å planlegge, gjennomføre og evaluere effekt av kvalitetsforbedringsarbeid. Samtidig har metodikken kjente begrensninger knyttet til blant annet risikojustering, diagnostikk, koding og innleggelsespraksis.

Overlevelsesindikatorene må vurderes i lys av befolkningen og tjenestebruken

Helsedirektoratet publiserte i september 2026 resultater for 30-dagers overlevelse etter innleggelse på sykehus i 2025. De publiserte resultatene viser lavere totaloverlevelse i Helse Sør-Øst sammenlignet med landsgjennomsnittet. Sykehuset Innlandet HF, Sykehuset Østfold HF, Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Telemark HF, Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF hadde statistisk signifikant lavere overlevelse enn landsgjennomsnittet i 2025 (Figur 1).



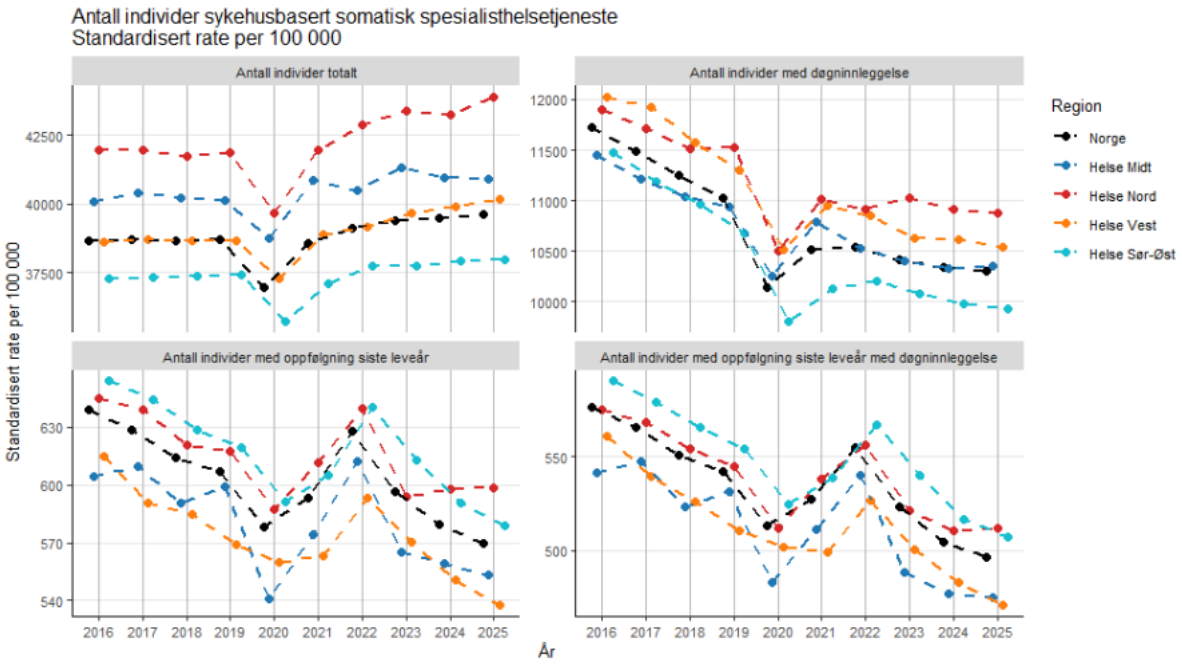
Figur 1: Sannsynlighet for å være i live 30 dager etter innleggelse (totaloverlevelse) på sykehus i 2025, etter helseforetak/sykehus. Figuren er hentet fra de nasjonale kvalitetsindikatorene til Helsedirektoratet.

Figuren over beskriver overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus. Data fra Dødsårsaksregisteret for hele befolkningen viser at det er små forskjeller i aldersstandardisert dødelighet mellom regionene (Tabell 1). Mens 92,5 prosent av dødsfall for landet samlet var dødsfall forårsaket av sykdommer, hadde Helse Sør-Øst med 90,9 prosent den laveste andelen. Dette kan bety at en større andel av dødsfall i Helse Sør-Øst skyldes andre årsaker enn sykdom som den direkte dødsårsaken.

Antall døde i alderstandardisert rate per 100 000 total og som følge av sykdommer i 2025		
	Antall døde	Dødsfall av sykdommer
Helse Midt	795	742
Helse Nord	873	798
Helse Sør-Øst	812	738
Helse Vest	757	700
Norge	801	741

Tabell 1; Antall døde totalt og døde som følge av sykdommer som aldersstandardisert rate per 100 000. Kilde: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstituttet.

Data fra Norsk pasientregister viser videre at Helse Sør-Øst gjennomgående har en lavere andel av befolkningen i behandling og en lavere andel innlagte pasienter enn de øvrige helseregionene (Figur 2). Samtidig har regionen en høyere andel personer som mottar spesialisthelsetjenester i løpet av sitt siste leveår sammenlignet med andelen for hele landet samlet.



Figur 2. Utvikling fra 2016 til 2025 for antall individer i oppfølgning i sykehusbasert somatisk spesialisthelsetjeneste – kjønns- og aldersstandardisert rate per 100 000. Kilde: Norsk pasientregister.

Dette kan tyde på at indikatorene for totaloverlevelse påvirkes av forhold utover behandlingskvalitet alene. Dersom flere pasienter mottar sykehusbehandling mot slutten av livet, vil potensielt flere dødsfall også inntreffe i tilknytning til sykehusopphold. Dette kan påvirke resultatene uten at det nødvendigvis reflekterer forskjeller i sykdomsbyrden i befolkningen eller kvaliteten på behandlingen.

Diagnosespesifikke indikatorer

For de diagnosespesifikke indikatorene var 30-dagers overlevelse lavere i Helse Sør-Øst etter innleggelse for hoftebrudd og hjerneslag sammenlignet med det nasjonale gjennomsnittet, men ikke etter innleggelse for hjerteinfarkt. 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag var lavere enn det nasjonale gjennomsnittet for Akershus universitetssykehus HF, Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF. 30-dagers overlevelse etter hoftebrudd var lavere enn det nasjonale gjennomsnittet for Sørlandet sykehus HF og Sykehuset Innlandet HF.

Data fra Norsk pasientregister viser at dødelighet relatert til hjerneslag samlet sett for befolkningen i Helse Sør-Øst ligger like under landsgjennomsnittet, og for hoftebrudd litt høyere enn landsgjennomsnittet (Tabell 2). Forskjellen etter hoftebrudd synes i betydelig grad å være knyttet til perioden etter utskrivelse fra sykehus. Dette kan ha betydning for hvilke forbedringstiltak som er mest relevante å prioritere.

Antall individer innlagt og død innen 30 dager for hjerneslag 18 år og eldre og hoftebrudd 65 år og eldre - Kjønns og alderstandardisert rate per 100 000 2025				
	Hjerneslag 18 år og eldre		Hoftebrudd 65 år og eldre	
	Antall individer	Død innen 30 dager	Antall individer	Død innen 30 dager
Helse Midt	216	27	854	90
Helse Nord	223	24	937	76
Helse Sør-Øst	209	26	838	89
Helse Vest	193	23	837	68
Norge	211	26	859	84

Tabell 2; Antall pasienter innlagt og antall døde som følge av hjerneslag blant pasienter 18 år og eldre, og som følge av hoftebrudd blant pasienter 65 år eller eldre. Resultatene presenteres som kjønns- og aldersstandardisert rate per 100 000. Kilde: Norsk pasientregister.

Oppfølging av avvikene etter hoftebrudd ble beskrevet i sak 078-2026. For hjerteinfarkt og hjerneslag pågår det arbeid i Helse Sør-Øst med å inkludere sykdommens alvorlighetsgrad i risikojusteringen gjennom kobling mot kvalitetsregistrene. Dette er foreløpig ikke inkludert i de nasjonale kvalitetsindikatorene.

Vurdering av overlevelsesindikatorer i oppfølging av pasientsikkerhet

De publiserte overlevelsesindikatorene er viktige som del av oppfølgingen av pasientsikkerhet og kvalitet. Samtidig må indikatorene tolkes med varsomhet og sees i sammenheng med andre datakilder.

Negative avvik på overlevelsesindikatorer følges opp i oppfølgingsmøter med helseforetakene og i relevante regionale fagråd. I regionalt fagdirektørmøte 14. oktober vurderte fagdirektørene at helseforetak med vedvarende eller multiple negative avvik i 30-dagers overlevelse skal følges opp gjennom nærmere analyser av pasientforløp, underliggende årsaker og aktuelle forbedringstiltak. Fagdirektørmøte støttet videre arbeidet med å etablere regionale analyser basert på mer oppdaterte data og styrket samarbeid med nasjonale kvalitetsregistre. Regionalt fagråd for ortopedi følger opp avvik etter hoftebrudd på sitt møte november 2026.

Det er ikke holdepunkter for en generell overdødelighet i Helse Sør-Øst eller for økt sykdomsrelatert dødelighet i befolkningen sammenlignet med resten av landet. Analysene kan imidlertid tyde på at dagens indikatorer påvirkes av variasjon i pasientsammensetning, behandlingsforløp, innleggelsespraksis, bruk av sykehustjenester mot slutten av livet og risikojustering i analyser.

Helse Sør-Øst RHF samarbeider med helsemyndigheter i andre nordiske land om utvikling av det kliniske dashbordet. Mens dashbordet i dag kan brukes til å sammenligne mot regionalt og interregionalt nivå, vil en utvidelse til andre nordiske land føre til at dashbordet også kan brukes til å sammenligne mot et nordisk nivå. I tillegg til samarbeid med fagfolk fra Norge og Norden forøvrig, samarbeider Helse Sør-Øst RHF også om videreutvikling av overlevelsesanalyser med fagfolk fra Storbritannia, som for 15 år siden utviklet metodikken som analysene av 30-dagers overlevelse er basert på. Metodikken var utviklet for å gi varsler når dødeligheten er høyere enn

forventet, og er ment å brukes til å følge diagnoser over tid, og ikke som øyeblikksbilder for sykehusdødelighet. Systemet gie varselsignal som må undersøkes nærmere, men er alene ikke egnet til å konkludere med dårlig kvalitet. Helse Sør-Øst RHF fortsetter samarbeidet med eksterne fagfolk i videre utvikling og tolking av overlevelsesindikatorer.

Helse Sør-Øst RHF vil fremover:

- videreføre løpende oppfølging av overlevelsesindikatorene som del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet
- samarbeide med kvalitetsregistrene og Helsedirektoratet om videreutvikling av risikojustering, herunder inkludering av sykdomsalvorlighet der dette er mulig
- vurdere supplerende indikatorer for å belyse dødelighet og behandlingskvalitet mer presist
- følge særskilt opp resultatene for hoftebrudd i dialog med helseforetakene
- fortsette å videreutvikle analyser av overlevelsesindikatorer i samarbeid med fagfolk i Norge og andre land

Tapte leveår ved alvorlig psykisk lidelse

Personer med alvorlig psykisk lidelse dør 15-20 år tidligere enn befolkningen forøvrig, og somatiske sykdommer er en viktig årsak til denne overdødeligheten. Helse Sør-Øst RHF har derfor utviklet og forankret en indikator for tapte leveår for personer med alvorlig psykisk lidelse.

I utviklingsarbeidet var hovedformålet å utvikle en indikator i klinisk dashbord for somatisk helse og oppfølging av pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Analysene inkluderte i første omgang alle pasienter diagnostisert med psykoselidelse i perioden 2016 til 2024. Analysene beregner tapte leveår for pasienter med psykoselidelse i befolkning i aldersgruppen 20 til 85 år, sammenlignet med forventet levealder for befolkningen i samme opptaksområde. Helse Sør-Øst hadde med 14,2 tapte leveår for pasienter med psykose (F2-kapittelet i ICD-10) i perioden 2016-2024 et lavere tall enn de andre regionene, men forskjellene mellom regionene var ikke statistisk signifikante (Tabell 3).

Tapte leveår for psykoselidelser over helseregioner	
Helseregion	**Tapte leveår**
Helse Midt	15,4 (14,0-16,8)
Helse Nord	15,1 (13,6-16,7)
Helse Sør-Øst	14,2 (13,5-14,7)
Helse Vest	15,0 (14,0-15,9)

Tabell 3: Tapte leveår per region for psykose for pasienter diagnostisert i perioden 2016-2024.

Det planlegges publisering av indikatoren når det kliniske dashbordet oppdateres med tall fra tredje tertial. Analysene vil da publiseres per helseforetak. Det er etablert et samarbeid med Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet om metode for å redusere oppfølgingsperioden i analysene, slik at indikatoren kan bli mer dynamisk og dermed i større grad kunne vise effekt av eventuelle tiltak. Videre foreligger følgende konkrete planer for å videreutvikle indikatoren:

- Justere diagnosegrupper, inkludert inklusjon av bipolar lidelse type 1 til en samlet gruppe med «alvorlig psykisk lidelse» og en diagnosegruppe med alvorlige rusmiddellidelser
- Gjøre analyser av subgrupper, eksempelvis utredning og behandling for brystsmerter
- Berike datasettet med opplysninger fra Dødsårsaksregisteret og Reseptregisteret for å redusere usikkerhet

Helse Sør-Øst RHF følger opp indikatoren med dialog med helseforetakene/sykehusene om tiltak rettet mot pasientgruppen. Temaet ble tatt opp i oppfølgingsmøtene vinteren 2026. Bruk av algoritmen «Hjertefrisk» var et tiltak som pekte seg ut. Noen av helseforetakene, deriblant Oslo universitetssykehus HF, hadde systematisert bruk av «Hjertefrisk» i oppfølgingen av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, mens andre ikke hadde gjort dette systematisk. Bruk av «Hjertefrisk» er et anbefalt tiltak i pasientforløpet «Somatisk helse og levevaner ved psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer». Helse Sør-Øst RHF ved avdeling for medisin og helsefag vil bidra til at dette gjennomføres systematisk i regionen, blant annet ved erfaringsdeling med et regionalt digitalt seminar og ved å utrede en enkel registrering i DIPS av om «Hjertefrisk» er gjennomført.

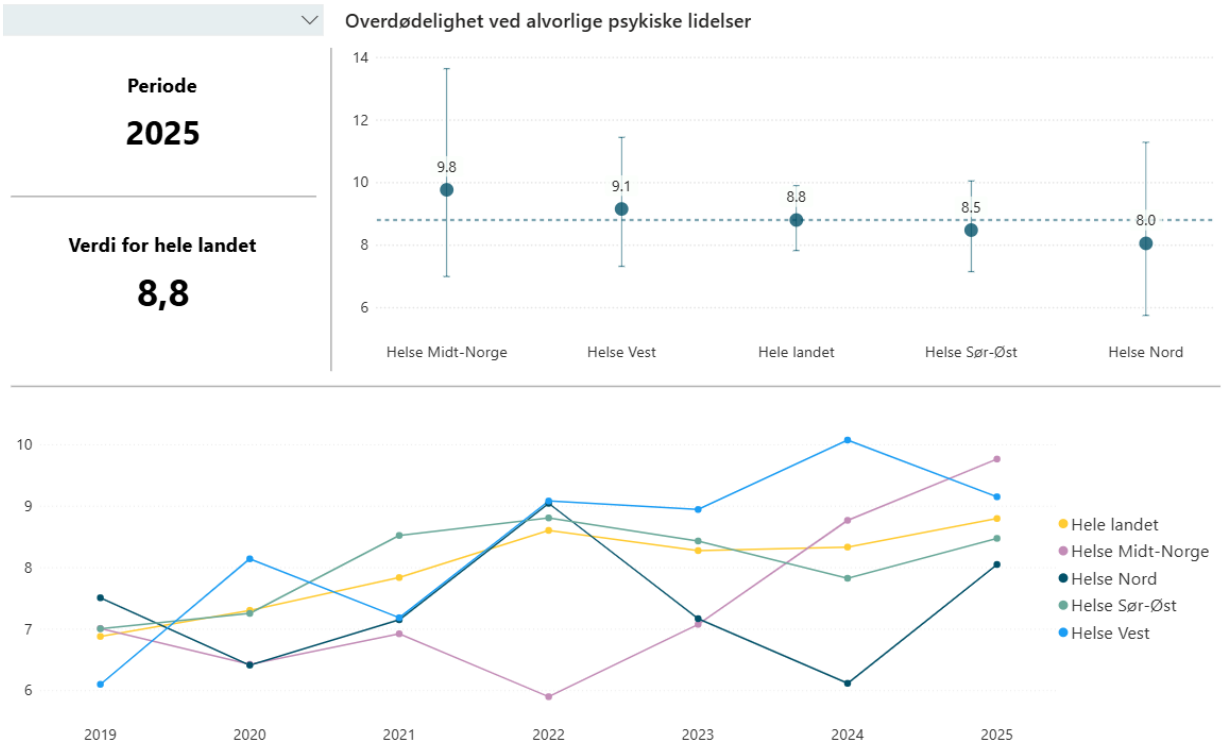
Kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Opptrappingsplan for psykisk helse ble lansert 9. juni 2023, og inkluderer en målsetning om at personer med alvorlige psykiske lidelser skal oppnå høyere levealder. Regjeringen har også publisert handlingsplanen "Bedre helsehjelp - flere gode år (2025-2033)" for å heve levealderen hos mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller alvorlige rusmiddelproblemer. I den forbindelse har Helsedirektoratet utviklet fem nye nasjonale kvalitetsindikatorer for overdødelighet og tapte leveår for å gi bedre innsikt i levealder, dødsårsaker og risiko.

1. Overdødelighet hos personer med alvorlige psykiske lidelser

Indikatoren beskriver overdødelighet hos personer mellom 15 og 50 år med schizofreni, bipolar lidelse og/eller langvarig/hyppig innleggelse for depresjon, angst, spiseforstyrrelser eller personlighetsforstyrrelser. Tallene viser hvem som har vært registrert med diagnose og/eller vært innlagt de siste fem årene før året de dør. Dette er et annet utvalg og en kortere oppfølgingstid enn Helse Sør-Østs indikator for tapte leveår beskrevet over. Helsedirektoratet har nylig utvidet oppfølgingstiden til 75 år, men denne oppdaterte indikatoren er ikke publisert enda.

For 2025 viste indikatoren at personer mellom 15 og 50 år med alvorlige psykiske lidelser hadde nesten ni ganger høyere dødelighet enn befolkningen ellers (Figur 3). Overdødelighet i Helse Sør-Øst var sammenlignbar med landsgjennomsnittet i 2025. Overdødeligheten varierte fra 6,4 (Innlandet) til 10,7 (Oslo), men forskjellene var ikke statistisk signifikante.



Figur 3: Overdødelighet ved alvorlige psykiske lidelser fordelt på helseregioner i perioden 2019-2025. Kilde: Helsedirektoratet.

2. Overdødelighet hos personer i tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Indikatoren gir oversikt over personer i aldersgruppen 15 til 50 år som har hatt minst en kontakt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) de siste fem årene før året de dør. I 2025 var dødeligheten på landsbasis 11,4 ganger høyere enn i befolkningen, som er en reduksjon fra 12,4 i 2024. Overdødelighet i Helse Sør-Øst var lavest i landet med 10,2 i 2025. Det var ikke statistisk signifikante forskjeller mellom helsefellesskapene i regionen, med en variasjon mellom 6,7 (Telemark) og 12,8 (Oslo).

3. Tapte leveår ved overdose for personer i psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Indikatoren viser tapte leveår for personer døde av overdose som har hatt minst én kontakt i psykisk helsevern eller TSB de siste fem årene. Raten per 100 000 innbyggere har vært synkende fra 2023 til 2025, både i landet samlet og i Helse Sør-Øst. På landsbasis viste tall fra 2025 i gjennomsnitt 35,1 tapte leveår for personer døde av overdose som hadde hatt minst én kontakt i psykisk helsevern eller TSB og 32,8 tapte leveår i Helse Sør-Øst. Det var imidlertid variasjon internt i Helse Sør-Øst, fra 30,1 tapte leveår i Oslo, til 40,2 og 40,4 tapte leveår i henholdsvis Vestfold og Agder.

4. Tapte leveår ved ulykke for personer i psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling

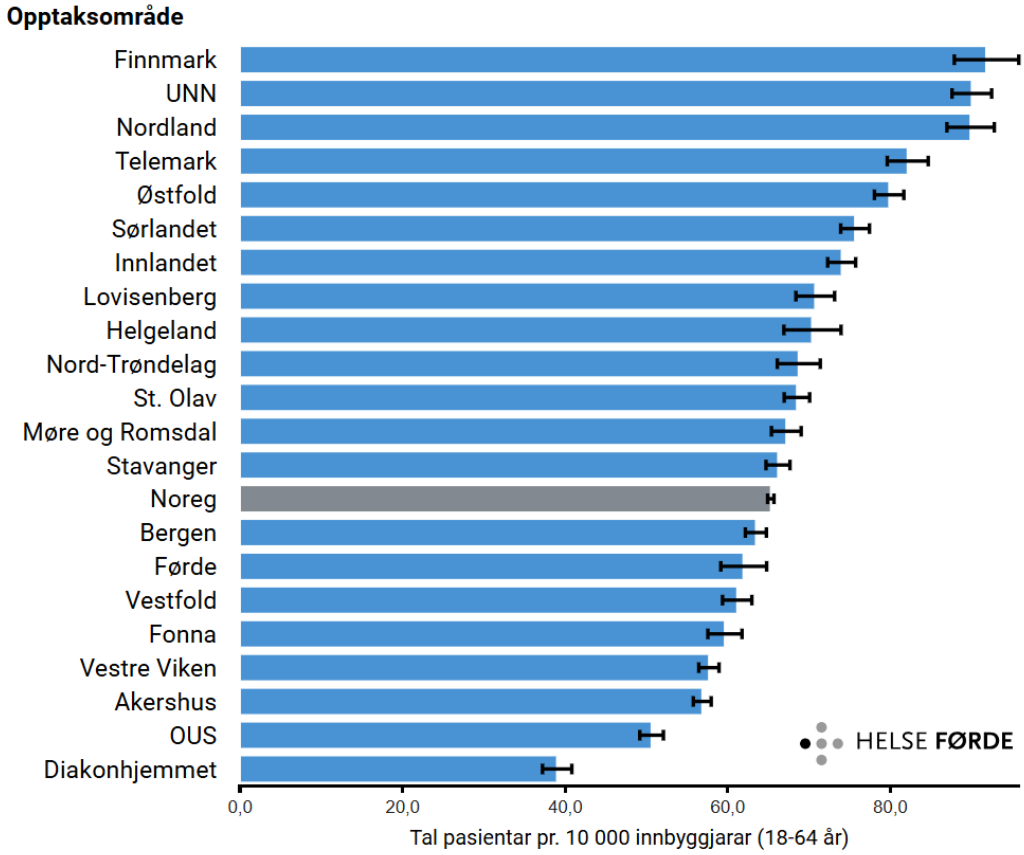
Indikatoren viser tapte leveår for personer døde av ulykke som har hatt minst én kontakt i psykisk helsevern eller TSB de siste fem årene. Raten per 100 000 er nedadgående de siste årene på landsbasis, noe som utgjør en reduksjon på 112 dødsfall fra 2023 til 2025. Mens gjennomsnittet på landsbasis var 8,1 tapte leveår i 2025, var tallet for Helse Sør-Øst lavest i landet med 5,4 tapte leveår.

5. Tapte leveår ved selvmord for personer i psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Indikatoren gir oversikt over personer døde av selvmord som har hatt minst én kontakt i psykisk helsevern eller TSB de siste fem årene. Tall fra 2025 viste at det de siste fem årene på landsbasis i gjennomsnitt var 25,8 tapte leveår. Raten per 100 000 har vært relativt stabil de siste årene nasjonalt og er sammenlignbar mellom regionene, med unntak av lavere rate ved Helse Midt-Norge frem til 2023, og en noe høyere rate for Helse Nord frem til 2021. For Helse Sør-Øst var tallet i 2025 på 21,6 tapte leveår.

Uønsket variasjon i psykisk helsevern og rusbehandling

I mars 2026 ble helseatlas for psykisk helsevern for voksne publisert for perioden 2020-2024. Atlaset viser at Helse Sør-Øst generelt har god tilgang til polikliniske tjenester og oppfølging etter utskrivning, men også betydelig uønsket variasjon internt i regionen. Særlig varierer behandlingsintensitet, bruk av avtalespesialister, samlet bruk av døgnopphold og oppfølging etter døgnopphold. Dette understøtter behovet for videre arbeid med mer likeverdige pasientforløp og reduksjon av praksisvariasjon på tvers av helseforetak og DPS-områder. Figur 4 viser antall pasienter som blir innlagt hvert år per 10 000 innbyggere:



Figur 4: Antall pasienter per 10 000 innbygger som blir innlagt årlig i perioden 2020-2024 fordelt på opptaksområde. Kilde: Helseatlas psykisk helsevern for voksne, SKDE.

Atlaset viser også at det er stor variasjon i intensitet i behandlingsforløpene i den tidlige delen av forløpet for noen store diagnosegrupper. I forbindelse med ventetidsløftet er behandlingsintensitet høsten 2026 etablert som en ny interregional kapasitetsindikator som de regionale helseforetakene vil følge opp med helseforetakene og sykehusene. Indikatoren defineres som andel pasienter der varigheten mellom hver kontakt er maksimalt ti kalenderdager.

Målsetningen er at minst 70 prosent av forløpene for diagnosegruppene depresjon, angst, PTSD, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser skal oppnå ønsket behandlingsintensitet. Første og siste kontakt i forløpet er ekskludert fra beregningene. Tabell 4 viser at, med unntak av Sykehuset Vestfold HF, var andel forløp som oppnådde ønsket behandlingsintensitet innen psykisk helsevern for voksne per september lavere enn ønsket målkrav ved alle behandlingssteder i Helse Sør-Øst. For TSB var det flere behandlingssteder som oppnådde ønsket intensitet, og for psykisk helsevern for barn og unge oppnådde nesten alle behandlingssteder målkravet for ønsket intensitet i behandlingen. Helse Sør-Øst RHF vil følge opp utviklingen i denne nye indikatoren tett med helseforetak og sykehus gjennom høsten.

Behandlingsintensitet - andel pasienter ift målkrav 70%

Enhet	Andel innen krav	Avvik målkrav
Akershus universitetssykehus HF	58,7 %	-11,3 %
Diakonhjemmet Sykehus	58,1 %	-11,9 %
Lovisenberg Diakonale sykehus	66,3 %	-3,7 %
Oslo universitetssykehus HF	66,8 %	-3,2 %
Privat Helse Sør-Øst RHF	51,5 %	-18,5 %
Sykehuset i Vestfold HF	72,2 %	2,2 %
Sykehuset Innlandet HF	60,5 %	-9,5 %
Sykehuset Telemark HF	59,2 %	-10,8 %
Sykehuset Østfold HF	59,1 %	-10,9 %
Sørlandet sykehus HF	66,1 %	-3,9 %
Vestre Viken HF	56,2 %	-13,8 %

Tabell 4: Andel pasientforløp innen psykisk helsevern for voksne som oppnår ønsket behandlingsintensitet fordelt på sykehusområder og private ideelle sykehus per september 2026.

Nytt lovverk for ny meldeordning fra 1. juli

Fra 1. juli 2026 ble den tidligere varselordningen for alvorlige hendelser erstattet av en ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgssektoren. Hovedformålet er å flytte oppmerksomheten fra ekstern gransking til læring, forbedring og pasientsikkerhet i virksomhetene. I lovforslaget Prop. 121 L (2024–2025) om *«Endringer i helsetilsynsloven mv. (ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten)»* som ble vedtatt juni 2026, tydeliggjøres helsetjenestens ansvar for å følge opp alvorlige hendelser som en integrert del av arbeidet med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet:

«Det er i helse- og omsorgstjenesten at læring og forebygging må skje, og det er kvaliteten i virksomhetenes egen oppfølging etter alvorlige hendelser som først og fremst må bidra til å styrke pasient- og brukersikkerheten, og til å styrke befolkningens tillit til helse- og omsorgstjenesten.»

Kriteriene for å melde er uendret, og for at en sak skal meldes i ny meldeordning, må følgende kriterier være oppfylt:

- Dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker
- som har sammenheng med helsehjelpen eller der en pasient/bruker skader en annen,
- og utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko.

Meldinger meldes som tidligere av helsepersonell, pasienter og pårørende via melde.no. Mens Helsetilsynet var mottaker i tidligere varselordning, er statsforvaltere og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) mottakere i ny ordning.

Med ny meldeordning er det innført en meldefrist på fem virkedager og en plikt om å sende en forbedringsrapport til Statsforvalteren innen tre måneder. Forbedringsrapporten skal beskrive hva som skjedde, mulige årsaker, planlagte eller gjennomførte forbedringstiltak og hvordan pasient, pårørende og involvert helsepersonell er fulgt opp og involvert.

Som forberedelse til ny meldeordning har regionalt nettverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst hatt ny meldeordning som fast punkt på agendaen i sine månedlige møter hvor kvalitetssjefene fra alle helseforetak og private ideelle sykehus deltar. På møtet juni 2026 presenterte Helsedirektoratet sin Guide for læring og forbedring etter alvorlige hendelser og veiledning for arbeid med forbedringsrapport, som vil videreutvikles med innspill fra helsetjenesten etter hvert som man får erfaring med ny meldeordning.

Det er ikke utarbeidet statistikk over innmeldte saker i ny meldeordning, men både Helse Sør-Øst RHF og andre regionale helseforetak har etterspurt dette. Under erfaringsutveksling om ny meldeordning på møte i regionalt nettverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 14. oktober beskrev helseforetakene at de hadde meldt saker og sendt inn forbedringsrapporter, men enda ikke fått tilbakemelding fra Statsforvalteren. Mens helseforetakene ønsker å sende inn forbedringsrapporter via eget arkivsystem, har noen helseforetak fått tilbakemelding fra Statsforvalteren om at rapporter må sendes inn via innlogging på Altinn. Det ble også problematisert at tidsfristen for å sende inn en forbedringsrapport er tre måneder fra saken er innmeldt, mens den reelle tidsfristen for saksbehandling er kortere da helseforetaket mottar brev fra Statsforvalteren 3-4 uker etter at saken er meldt.

Nytt register om uønskede hendelser

I Oppdragsdokument 2025 - Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 146 S (2024-2025) bes de regionale helseforetakene gjennom oppdrag TOD2025-1 om å «*…samarbeide med Folkehelseinstituttet om overføring av data til nasjonal database for uønskede hendelser i tråd med kvalitetsforbedringsprosjektet Folkehelseinstituttet etablerer…*».

I henhold til oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet har Folkehelseinstituttet opprettet ett 3–5-årig prosjekt for å analysere data om uønskede pasienthendelser fra melde- og avvikssystemene i helseforetak og kommuner. Formålet er å gi nasjonal oversikt og vurdere styrker og svakheter ved datakildene for statistikk og analyse for å avklare muligheten for å etablere et permanent nasjonalt register om uønskede pasienthendelser. I forbindelse med dette arbeidet har Folkehelseinstituttet regelmessige møter med representanter for de fire regionale helseforetakene og landets helseforetak.

Folkehelseinstituttet fikk dispensasjon fra taushetsplikten i henhold til Helsepersonelloven §29 for å gjennomføre prosjektet. Flere av helseforetakene klaget på vedtak om dispensasjon fra taushetsplikt med bekymring om at dispensasjonen kan påvirke meldekulturen og heve terskelen for å melde pasienthendelser i interne meldesystem. I tillegg hadde helseforetakene en bekymring om konsekvensen for innsynsrett etter pasientjournalloven ettersom kvalitetsregistrene ble omtalt som behandlingsrettede registre. Klagene fra helseforetakene ble avvist av helse- og omsorgsdepartementet.

Folkehelseinstituttet mottok juni 2026 aggregerte data for meldte pasienthendelser fra 2024 fra alle helseforetak i Norge. I første omgang har helseforetakene rapportert data på utvalgte variabler, inkludert hendelsestype, medvirkende faktorer/årsaker og konsekvens for pasient. Sammenstilling av data har blitt komplisert av ulike kvalitetssystemer med ulike definisjoner ved helseforetakene, eksemplifisert ved at det er fem ulike kvalitetssystemer ved helseforetak/sykehus i Helse Sør-Øst.

De fleste meldte pasienthendelsene hadde ingen eller en mindre alvorlig konsekvens (Tabell 6).

Faktisk konsekvens	Antall	Prosent
5.1 Ingen*	31 896	38,3%
5.2 Mindre alvorlig	29 267	35,1%
5.3 Moderat	9 728	11,7%
5.4 Betydelig	1 913	2,3%
5.5 Død**	781	0,9%
Manglende verdi	9 715	11,7%

*= Helseforetakene i Helse vest bruker «ubetydelig» istedenfor «ingen». St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal bruker «ubetydelig/ingen» istedenfor «ingen».
**= Helseforetakene i Helse vest bruker «svært alvorlig» istedenfor «død». St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal bruker «uventet dødsfall» i tillegg til «død».

Tabell 6: Oversikt over meldte pasienthendelser etter faktisk konsekvens fra lukkede saker i 2024. Kilde: Folkehelseinstituttet.

Det ble i Helse Sør-Øst meldt om 45 634 pasienthendelser gjennom interne kvalitetssystemer, hvorav de vanligste hendelsestypene var relatert til behandling og pleie (24,5%), pasientadministrasjon (16,4%), legemidler (14,6%) og diagnostikk/utredning (11,8%). De vanligste medvirkende faktorene/årsakene for alle regioner samlet (data ikke oppgitt for enkeltregioner) var prosedyre (29,5%), kommunikasjon/samhandling (19,1%) og organisering/kompetanse/ressurser (16,5%).

Manglende standardisering av datafelt, ulik tolkning av datafelt, ulike oppsett i ulike tekniske løsninger, manglende definisjon av nesten-hendelser og utfordringer med rapportering av data fra kommunene er blant identifiserte risikoer i det videre arbeidet. Erfaring fra prosjektet har vist nødvendigheten av samarbeid med helseforetakene om datavask og analyser. I fjerde kvartal 2026 fortsetter analysearbeidet, og det vil utarbeides anbefalinger for veien videre.

3 Administrerende direktørs anbefaling

Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i Helse Sør-Øst bygger på systematisk oppfølging av resultater, analyse av uønsket variasjon og målrettede forbedringstiltak. Saken viser at det regionale helseforetaket har et bredt datagrunnlag for å følge opp helseforetakenes utvikling innen både somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

De publiserte overlevelsesindikatorene gir grunnlag for videre analyse og oppfølging, men må vurderes i sammenheng med andre datakilder og forhold som kan påvirke resultatene. Administrerende direktør mener derfor at indikatorene fortsatt bør brukes som en viktig del av arbeidet innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, samtidig som arbeidet med bedre risikojustering og supplerende indikatorer videreføres. I arbeidet med å videreutvikle og tolke analyser og indikatorer, samarbeider Helse Sør-Øst RHF med fagfolk fra Norge og andre sammenlignbare land.

Denne saken viser at oppfølging av resultater ikke bare handler om å vurdere effekten av gjennomførte tiltak, men også om å aktivt ettergå og forbedre analysene som ligger bak. Sykdoms- og overlevelsesdata for hele befolkningen gir en viktig kontekst til overlevelsesdata etter sykehusinnleggelser, som svekker mistanken om at lavere overlevelse etter innleggelse i Helse Sør-Øst skyldes utfordringer med pasientsikkerhet og kvalitet.

Saken viser også betydningen av målrettet oppfølging av pasientgrupper med særskilt risiko, blant annet personer med alvorlige psykiske lidelser, og av arbeidet med å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Innføringen av ny meldeordning for alvorlige hendelser og etableringen av nasjonale løsninger for læring fra uønskede hendelser gir samtidig nye muligheter til å styrke forbedringsarbeidet i tjenesten.

Administrerende direktør anbefaler at styret tar status for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring til etterretning og at utviklingen på sentrale indikatorer og iverksatte tiltak følges opp.

Trykte vedlegg:
- Ingen

Utrykte vedlegg:
- Ingen