

Statusrapport for pasient- og brukersikkerhet 2024/2025

Først publisert: 14. november 2025

Siste faglige endring: 14. november 2025

Innhold

1. Forord	3
2. Sammendrag og forslag til videre innsats	4
3. Bakgrunn og formål	7
4. Nærmere om målene	10
5. Innblikk i innsatsområdene	29

Forord

Dette er første årlige statusrapport på Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient og brukersikkerhet, som omtales i Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027.

Rapporten er svar på et oppdrag fra Helsedepartementet (TB 2024-13 Nasjonal samordnet oppfølging av rammeverk for bedre pasientsikkerhet) og følgende beskrivelse i Nasjonal helse- og samordningsplan 2027–2027: «Statusrapporten skal utarbeides sammen med samarbeidsorganet og inneholde nasjonale nøkkeltall og kvalitetsindikatorer, korte omtaler av eksempler på dokumentert virkning på praksis, samt forslag til videre innsats for å realisere målene i rammeverket».

Arbeidet med rapporten er koordinert av Helsedirektoratet, og den er gjennomført i nært samarbeid med samordningsorganet for pasient- og brukersikkerhet, som i tillegg består av Helsetilsynet, FHI og Direktoratet for medisinske produkter.

Vi innleder rapporten med å presentere åtte forslag til videre innsats for å realisere målene i rammeverket. Forslagene er basert på innsikt presentert i denne rapporten.

- I kapittel 2 gjør vi rede for oppdraget og presenterer rammeverket.
- I kapittel 3 beskriver vi status på målene trygt å melde, systematisk læring og forbedring og færre pasientskader.
- I kapittel 4 ser vi nærmere på innsatsområdene; kommunal helse- og omsorgstjeneste, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialist behandling, pasientoverganger, riktig legemiddelbruk og til sist helsetjenesteassosierte infeksjoner. Eksempler fra tjenestene presenteres i egne bokser.

Sammendrag og forslag til videre innsats

Det er fortsatt stor variasjon i helse- og omsorgstjenestens evne, kapasitet og kompetanse til å etterleve kravene i lov, forskrift og nasjonale anbefalinger. Årsakene til dette er komplekse, og krever med det en rekke ulike tiltak. Ledere har en sentral posisjon i å utvikle robuste og trygge helse- og omsorgstjenester, noe som må bygge på godt samspill mellom ledere, pasienter, brukere og ansatte. En felles nasjonal satsning fra sentrale helsemyndigheter er nødvendig for å støtte ledere i deres arbeid med å sørge for trygge og sikre tjenester. Dette vil ha stor betydning for å støtte opp om målene i rammeverket. I det følgende presenterer vi åtte forslag til videre innsats for å nå disse målene:

- 1. Vi foreslår å samle kunnskap som kan belyse målet «trygt å melde», særlig på områder hvor vi vet lite. I forlengelsen av dette må vi utvikle samarbeid med relevante aktører som for eksempel Arbeidstilsynet og KS. I tillegg må helseforvaltningen samordne sine virkemidler.**

Vi har en del nøkkeltall som indikasjoner på hvor trygt det er å melde om uønskede hendelser, men ikke på langt nær nok. Vi vet minst om situasjonen i kommunal helse- og omsorgstjeneste og enkelte utsatte grupper som barn og unge samt psykisk helsevern. Det bør derfor tilstrebes å framskaffe bedre innsikt.

Helsemyndighetene og Arbeidstilsynet bør innlede et nærmere samarbeid med KS og kommunene for å utforske ytterligere behov for kartlegginger, og få bedre oversikt over risiko. Risikoreduserende tiltak som fremmer et arbeidsmiljø der det oppleves trygt å si fra og en åpen, lærende og ivaretagende kultur for pasient- og brukersikkerheten må identifiseres og iverksettes.

Bedre nasjonal samordning, koordinert av samordningsorganet, må sørge for at helseforvaltningen tilbyr sammenstilt informasjon til tjenestene og samordner ulike relevante virkemidler som tilsyn, normerende produkter, veiledning og oppfølging, og skaper oppmerksomhet om den sterke sammenhengen mellom et trygt arbeidsmiljø og god kvalitet og pasient- og brukersikkerhet.

- 1. Vi foreslår en koordinert nasjonal samordning for å støtte opp om ledelse og kultur for åpenhet og læring i tjenestene.**

Forutsetningen for å nå målet om systematisk læring og forbedring er at ledere har god oversikt, at de vurderer områder der det er risiko og at risiko- og kvalitetsutfordringer følges opp. I rapporten viser vi at variasjonen i tjenesten er stor.

Helsemyndighetene må utnytte, koordinere og videreutvikle sine samarbeidsarenaer for å støtte opp om trygge og sikre tjenester. Samordningsorganet må innlede tettere samarbeid med relevante aktører, som for eksempel Pasient- og brukerombudet og sammen støtte opp om tjenestens arbeid med:

- ledelse av pasient- og brukersikkerhet med vekt på risikostyring, læring og forbedring
- å utvikle resiliente organisasjoner, som også lærer av det som går bra
- kulturutvikling for psykologisk trygghet, åpenhet og læring

- 1. Vi foreslår at vi videreutvikler dagens metoder for å måle omfanget av pasientskader. I tillegg må vi ta i bruk målinger på områder hvor innsikten er lav, som for eksempel kommunale helse- og omsorgstjenester og psykisk helsevern mv.**

Siden 2012 har vi fulgt med på omfanget av pasientskader i somatiske sykehus. Like lenge har tilnærmingen vært omdiskutert. Slik Global Trigger Tool-undersøkelsen gjennomføres i dag, oppleves den både tid- og ressurskrevende og nytteverdien av de nasjonale tallene synker når du beveger deg til klinikknivå, fordi de ikke har egne tall der.

Metoden for undersøkelsen er under revisjon, både for å oppdateres medisinsk, men også for å imøtekomme kritikken som har vært rettet mot metoden relatert til varierende samsvar i vurdering av skade og det lave antallet sykehusopphold som ligger til grunn for beregningene. I tillegg må undersøkelsen i større grad automatiseres, noe som vil gjøre det lettere å utbre på klinisk nivå.

Tjenestene må bruke resultatene fra GTT mer aktivt og se dem i sammenheng med andre datakilder. Helseforetakene må oppfordres til å videreføre GTT. Vi må etablere tilsvarende innsikt (målinger) på pasientskader i psykisk helsevern, i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i helsetjenester for barn og unge.

- 1. Vi foreslår at helseforvaltningen samarbeider med relevante aktører i et felles løft for kommunene i bruk av eksisterende nasjonale og lokale data og informasjon til risikostyring og kvalitetsforbedring. I tillegg må forvaltningen nyttiggjøre seg data og informasjonskilder og bidra med innsikt i utviklingstrekk og risikoområder.**

Vi har en rekke nasjonale kvalitetsindikatorer, tilsynsrapporter mv, og store mengder data og informasjon som berører pasient- og brukersikkerhet og målene i rammeverket. Samtidig er det utfordrende for tjenestene å få innsikt i dataene og nyttiggjøre seg informasjonen. Helsemyndighetene må samarbeide enda tettere og større grad involvere Statsforvalteren og andre relevante aktører som for eksempel USHT og helsefelleskapene i et felles løft for å understøtte særlig kommunene i å nyttiggjøre seg eksisterende nasjonale og lokale data og informasjon om pasient- og brukersikkerhet til risikostyring og kvalitetsforbedring. Samordningsorganet må bidra til at helseforvaltningen tilbyr sammenstilt og analysert informasjon til tjenestene og samordner ulike relevante virkemidler som tilsyn, normerende produkter, veiledning og oppfølging.

- 1. Vi foreslår at helsemyndighetene stiller tydeligere forventninger til alle nivå i helse- og omsorgstjenesten om å arbeide systematisk med å involvere og bruke kunnskapen fra pasienter, brukere og pårørende i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet**

Involvering av pasienter, brukere og pårørende er et kraftfullt virkemiddel for å gjøre helse- og omsorgstjenestene trygge og sikre. Kunnskap og erfaring fra pasienter, brukere og pårørende er avgjørende for å sette ledere på alle nivåer i stand til å utvikle kunnskapsbaserte tjenester, å skaffe oversikt over egne risiko- og kvalitetsutfordringer og å følge opp med tiltak som gir faktisk og varig forbedring. Helsemyndighetene må stille tydelige forventninger til alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten om å arbeide systematisk med å utvikle helsekompetansen og involvere og bruke kunnskapen fra pasienter, brukere og pårørende i det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

- 1. Vi foreslår et nasjonalt løft for å sammenstille kunnskap om pasientoverganger, om risiko og risikoreducerende tiltak. I tillegg må helseforvaltningen samordne sine virkemidler.**

Pasientoverganger er forbundet med særlig risiko. Det bør utforskes ulike tilnærminger for å:

- øke bevisstheten i tjenestene om hvilken risiko pasientoverganger innebærer, for eksempel ved bruk av legemidler og digitale samhandlingsløsninger.
- skaffe oversikt over de områdene vi vet minst om, først og fremst ved å analysere og sammenstille tilgjengelige data fra ulike kilder, som for eksempel fra tilsyns- og undersøkelsesrapporter.
- kommunisere tydelig at alle involverte aktører har et felles ansvar for å ta i bruk virkemidler som reduserer risiko i overgangene

- 1. Vi foreslår at helsemyndighetene styrker innføringstakten av digitale samhandlingsløsninger i tjenestene. I tillegg må helseforvaltningen samordne sine virkemidler.**

Helhetlig nasjonal informasjonsforvaltning er en vesentlig forutsetning for at helseinformasjon kan følge pasient- og bruker i diagnose-, behandlings- og oppfølgingsforløpet. For helsepersonell og pårørende er det helt

avgjørende at informasjon er tilgjengelig for å bistå og for å yte forsvarlig og nødvendig helsehjelp. De digitale samhandlingsløsningene og gode EPJ- løsninger er grunnleggende for å få til sikker og effektiv informasjonsdeling og tilgang til relevant helseinformasjon. Hvor lang innføring av løsningene i helse- og omsorgstjenesten er kommet varierer betydelig både i kommunene og i sykehusene. Helsemyndighetene må støtte opp om at virkemidlene vi har til rådighet blir tatt raskere bruk.

- Pasient- og brukersikkerhet må inkluderes som vurderingskriterium i helseteknologiordningen. Vi vil vurdere om pasient- og brukersikkerhet er godt nok dekket i den nasjonale e-helsestrategien.
- Pasient- og brukersikkerhet må løftes som eget tema i helseforvaltningens dialog med helsenæringen og leverandørindustrien.
- Styringsdata og status for innføring og bruk av digitale samhandlingsløsninger presenteres som beslutningsgrunnlag for virksomhetens ledelse av digital transformasjon i virksomhetene.

1. Vi foreslår å samle hele helse- og omsorgsnorge i pasient- og brukersikkerhetsarbeidet

Tilnærmingen til innholdet i begrepet pasient- og brukersikkerhet er i stadig utvikling. Opprinnelig dreide pasientsikkerhet seg om å unngå pasientskader. Nå omfattes både brukere og uteblitt helse- og omsorgshjelp i begrepet, og dermed innlemmes alle tjenesteområder i helse- og omsorgstjeneste. Helsemyndighetene må tydeligere støtte opp om innholdet og utvidelsen av begrepet gjennom systematisk bruk av virkemidler, som tilsyn, kommunikasjonsaktiviteter, samarbeid med relevante aktører for å forankre dette i befolkningen, politiske nivåer, forskning, utdanning mv. og bidra til at dette blir gjengs forståelse. Myndighetene må understøtte at pasient- og brukersikkerhet blir "a state of mind and the rule of our engagement" (jf WHO). Vi bør utvide nedslagsfeltet og integrere pasient- og brukersikkerhetsperspektivet sterkere innenfor for eksempel tannhelse, psykisk helse og hos grupper som barn og unge, minoriteter, sosial ulikhet i helse osv.

Vi må bidra til å støtte opp om og utvide perspektivet ved å

- systematisk innlemme perspektivet i styrings- og policydokumenter og relevante rapporteringer
- samordne informasjon og virkemidler gjennom Samordningsorganet
- styrke pasient- og brukersikkerhetskompetansen i tjenesten ved å tilpasse og innpasse det nordiske rammeverket for pasientsikkerhetskompetanse i opplæring og utdanning

Bakgrunn og formål

Dette er første årlige statusrapport på Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient og brukersikkerhet (heretter omtalt som rammeverket), som er en strategisk plan for å forbedre pasient- og brukersikkerheten i Norge.

Selve kjernen i rammeverket er at det skal bli tryggere å motta og gi helse- omsorgstjenester. Visjon, mål, tiltak og virkemidler i rammeverket er utledet av krav i lov og forskrift samt fem prioriterte innsatsområder. Rammeverket ble lansert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan (2024–2027), som med det bygger opp om en samlet innsats fra politikere, forvaltning, tjenester, utdanning og forskning samt involvering av pasienter og brukere.

Tjenestene har et selvstendig ansvar for å prioritere tiltak innenfor virkemidlene og innsatsområdene i rammeverket og alle aktører har et felles ansvar for å implementere og realisere målene i rammeverket. Helsedirektoratet har et overordnet ansvar for nasjonal koordinering og oppfølging i samarbeid med øvrig helseforvaltning gjennom samordningsorganet for pasient- og brukersikkerhet.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å utarbeide årlige statusrapporter for – og resultater av – arbeid med pasientsikkerhet (TTB 2024-13 Nasjonal samordnet oppfølging av rammeverk for bedre pasientsikkerhet).

«Statusrapporten skal utarbeides sammen med samarbeidsorganet og inneholde nasjonale nøkkeltall og kvalitetsindikatorer, korte omtaler av eksempler på dokumentert virkning på praksis, samt forslag til videre innsats for å realisere målene i rammeverket». Samordningsorganet består av FHI, Helsetilsynet, Direktoratet for medisinske produkter (DMP) og Helsedirektoratet.

Regjeringen vil at statusrapporten skal bidra til å

- redusere og forebygge skader i helse- og omsorgstjenestene
- realisere målene i rammeverket
- sette nasjonale mål, videreutvikle og utnytte potensialet i ulike kilder til læring og forbedring av pasientsikkerheten

Introduksjon til rammeverket

I dette kapitlet introduserer vi nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet. Det gjøres rede for hvordan vi har samlet inn data og informasjon og hva som ligger til grunn for våre forslag til videre innsats for å støtte opp om målene i rammeverket.

Rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet erstatter og viderefører Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023). Rammeverket bygger også på WHO's globale handlingsplan for pasientsikkerhet, som Norge har forpliktet seg til å implementere.

Rammeverket trekker opp hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, forvaltningen og hos øvrige aktører. I tillegg omfatter rammeverket god kunnskapsstøtte, som bidrag til bedre planlegging og utvikling, riktige prioriterte og at nye og gode løsninger tas i bruk. Sammen skal myndigheter, ledere og helsepersonell skape trygge og sikre rom for alle som jobber i helse- og omsorgstjenesten, for alle pasienter, brukere og deres pårørende. For å unngå pasientskader som kan forebygges og tidlig fange opp risiko, er det nødvendig å reflektere over om det er

trygt å melde på arbeidsplassen, om vi lærer av det som går bra og det som går galt og om vi har oversikt over pasientskader og følger med på utviklingen.

Rammeverket inneholder fem kunnskapsbaserte virkemidler:

Ledelse

Ledelse som fremmer pasientsikkerhetskultur, læring og forbedring er både et virkemiddel i seg selv og samtidig grunnleggende for kraften i de andre virkemidlene. Ledere skal avdekke risiko, sette mål for forbedringsarbeidet og iverksette tiltak samtidig som de er ansvarlig for at oppdatert kunnskap implementeres slik at det fører til faktisk kvalitetsforbedring.

Psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø

Både forskning og erfaring viser at arbeidsmiljøer og kulturer som preges av psykologisk trygghet gir bedre pasientsikkerhet, også målt ved konkrete pasientutfall. En god pasientsikkerhetskultur forutsetter et godt samspill mellom ansatte og ledere, og stor grad av åpenhet.

Pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering

WHO omtaler samarbeid med pasienter, brukere og pårørende som kanskje det mest kraftfulle virkemiddelet for å gjøre tjenestene sikre og trygge. Dette samarbeidet må styrkes både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Implementeringsforskning og forbedringskompetanse

Det er mange områder og arbeidsprosesser i helse- og omsorgstjenesten, der risikoen er for høy og kvaliteten burde bedres. Systematisk og kontinuerlig forbedring er nødvendig for å utvikle trygge og sikre tjenester. Systematisk implementering er avgjørende for at forbedringene varer og blir etablert som varig, ny praksis.

Måling og digitalisering

Data fra målinger bidrar til kunnskap som kan hjelpe oss å avdekke risiko, evaluere forbedringstiltak og å lære på tvers. Her er det viktig å vektlegge tiltak som kan utgjøre en forskjell i den daglige driften. Digitalisering i helse- og omsorgshjelpen fremmer digital samhandling, informasjonsdeling og tilgang til helseinformasjon når helsepersonell, pasient, bruker og pårørende trenger disse for å ivareta sine behov. Digitalisering skal bidra til å frigjøre tid, slik at de ansatte får mer tid til kontakt med pasienter og brukere. I tillegg til effekt på kvalitet og pasientsikkerhet, kan digitalisering være personellbesparende.

Regjeringen har pekt ut fem nasjonale innsatsområder:

- kommunal helse- og omsorgstjeneste
- psykisk helsevern og TSB
- pasientoverganger
- riktig legemiddelbruk
- helsetjenesteassosierte infeksjoner

Rammeverket gjelder likevel for alle steder det ytes helse- og omsorgstjenester.

Avveininger knyttet til forslag til videre innsats

Statusrapporten beskriver status på pasient- og brukersikkerhet basert på deltakerne i Samordningsorganets samlede produksjon av nøkkeltall og informasjon. Videre bygger det på relevante rapporter, medieoppslag og informasjon fra kontakt med aktører og med tjenesten i forbindelse med prosjekter, kurs, dialogmøter og konferanser.

I tillegg til bilde av status, bygger forslagene til videre innsats i stor grad på TB2023-47 Status og anbefalinger for videre arbeid med pasient- og brukersikkerhet, Helsedirektoratet, og rapport fra Helsetilsynet 2/2025, Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedringer.

I forslagene til videre innsats for å nå målene i rammeverket har vi søkt å balansere de ulike nivåenes behov for styringsinformasjon og innsikt i nøkkeltall og oversikt over status på den ene siden og ikke øke rapporteringsbyrden for helse- og omsorgstjenesten på den andre siden. Uansett er det viktig at innsikt og indikatorer nyttes til lokalt og regionalt forbedringsarbeid.

I all hovedsak retter forslagene til videre innsats seg mot å styrke innsatser som er kommunisert tidligere. Opprettelsen av samordningsorganet og dets mandat om nasjonal samordning vil gi mer kraft på tiltakssiden og når det gjelder oppfølging og veiledning av tjenestene for å nå målene i rammeverket.

Nærmere om målene

Status på pasient- og brukersikkerhet

I det følgende rapporter vi på status på pasient- og brukersikkerhet, med utgangspunkt i målene i rammeverket. Specialisthelsetjenesten har fått eget oppdrag fra HOD om å rapportere på oppfølging av rammeverket, og omtales i mindre grad i denne årsrapporten. Oppdraget deres går ut på å fremme forslag til mål og indikatorer samt en felles tilnærming til operasjonalisering og måling/rapportering på målene.

Vår tilnærming til pasient- og brukersikkerhet

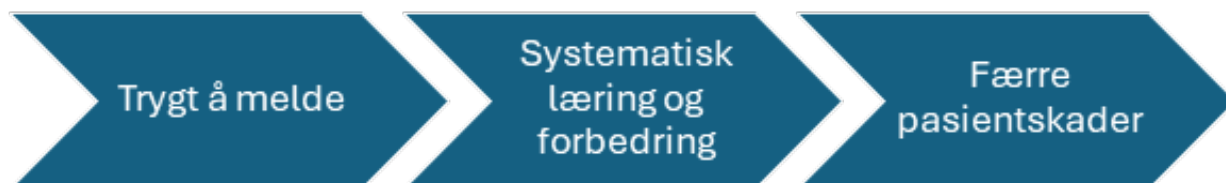
Pasient- og brukersikkerhet defineres som vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens innsats eller mangel på ytelser. Begrepet referer også til et rammeverk av organiserte aktiviteter som skaper kulturer, prosesser, prosedyrer, atferd, teknologier og miljøer i helse- og omsorgstjenestene som konsistent og varig reduserer risiko, reduserer forekomsten av unngåelig skade, gjør feil mindre sannsynlig og reduserer konsekvensen av skade når den først skjer (WHO).

God pasient- og brukersikkerhet handler om organisering, systemer og rammer som hindrer forebyggbare skader, reduserer konsekvenser når feil først skjer og sikrer at riktige aktiviteter gjennomføres. Det handler ikke bare om direkte skader på pasienter- og brukere som mottar tjenester, men også om tilgang på tjenester, om å få dem i tide og i tilstrekkelig omfang og at tjenester som tilbys har tilfredsstillende kvalitet. Utelatte, forsinkede eller mangelfulle helse- og omsorgstjenester er dermed en del av pasientskadebegrepet.

Også forhold utenfor helse- og omsorgstjenestene kan føre til utelatte, forsinkede eller mangelfulle tjenester, for eksempel sosiale forhold som inntekt, utdanning, arbeid og bomiljø. Sosiale forhold vil derfor være faktorer som må tas hensyn til i tjenestenes systematiske arbeid med pasient- og brukersikkerhet.

Målenes avhengighet

Regjeringen beskriver tre overordnede mål for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet i rammeverket. Avhengighetene mellom målene er enkelt illustrert under:



En forutsetning for å påvirke målet om å redusere pasientskader er en oversikt over risikoområder og hendelser – både det som går bra og det som ikke går bra. En forutsetning for å få denne oversikten, er at det oppleves trygt å melde fra. Meldingene må aktivt brukes i det systematiske lærings- og forbedringsarbeidet.

I det følgende presenterer vi målene, søker å beskrive status og sier noe om hva vi må jobbe mer med for å nå målene. Teksten er basert på tilbakemeldinger fra nasjonale helsemyndigheter, Norsk pasientskadeerstatning (NPE), Pasient- og brukerombudet (POBO) samt statens undersøkelseskommisjon (Ukom). Vi har også tatt utgangspunkt i relevante rapporter, medieoppslag og bygget beskrivelsene på bakgrunn av samarbeid og kontakt med tjenesten i forbindelse med prosjekter, kurs, dialogmøter og konferanser.

Gode eksempler fra tjenestene er lagt i rammer med gul bakgrunn underveis i teksten.

Målet om å trygt melde

Negative konsekvenser kan komme til uttrykk på ulike måter alt fra ignorering og nedlatende kommentarer, til sterkere former som represalier og sanksjoner. Det er imidlertid ikke nok med fravær av negative reaksjoner for at det skal oppleves som trygt å melde. Ledere må invitere og oppfordre til å komme med innspill, for at det skal oppleves trygt å ytre seg [1]. Forslag og ideer, bekymringer og konstruktiv kritikk, skal ønskes velkommen.

Trygt å melde forstås dermed som det samme som psykologisk trygghet, en oppfatning av at å ytre seg ikke medfører negative konsekvenser. I det nasjonale rammeverket for pasient- og brukersikkerhet er psykologisk trygghet et virkemiddel. Dette forsterker hvor grunnleggende det er å sørge for gode betingelser for å si fra.

Et godt ytringsklima består av psykologisk trygghet og ytringseffektivitet, som betyr at de som melder opplever å bli hørt og at det nytter å si ifra. Hvis det å melde ikke fører til endring og at ytringer ikke gis en grundig vurdering, vil kunne føre til at medarbeidere slutter å melde [2].

At det er trygt å melde i helse- og omsorgstjenesten er viktig ikke bare for ansatte, men også for pasienter, brukere og pårørende. WHO understreker i Global action plan for patient safety betydningen av at pasienter, brukere, og pårørende engasjeres sterkere, deler sine perspektiver og blir hørt, for å nå målene om bedre pasientsikkerhet. Trygg kultur, inkludert psykologisk trygghet, er et grunnleggende prinsipp som skal gjelde for både pasienter, brukere, pårørende og ansatte [3].

Hvorvidt det er trygt å melde og si fra, påvirkes av ledelse og kultur. Viktige barrierer for en åpen og trygg kultur er de negative reaksjonene en kan bli møtt med i form av ufin kommunikasjon og oppførsel, hierarki som gjør det vanskelig å utfordre autoriteter og forventninger om ufeilbarlighet. I hvilken grad det oppleves trygt å melde, har store konsekvenser. Psykologisk trygghet er en forutsetning for læring og forbedring, som igjen er grunnlag for gode resultater i enhver organisasjon [4]. Dette gjelder også for pasientsikkerhet. Psykologisk trygghet har sammenheng eksempelvis med åpenhet om uønskede hendelser [5].

Hva vi vet om status?

Kunnskap og innsikt om hvor trygt det er for medarbeidere, pasienter, brukere og pårørende å melde er viktig for styring og forbedring i virksomhetene og på nasjonalt nivå. Det betyr at informasjon om pasientsikkerhetskultur, psykologisk trygghet og ytringsklima skal brukes til sikre kvalitet i tjenestene.

Man kan få informasjon/kunnskap om pasientsikkerhetskultur/psykologisk trygghet/ytringsklima ved hjelp av både kvantitative og kvalitative metoder. Hver metode vil ha egne styrker og svakheter og kan derfor være komplementære. Kvantitative undersøkelser av medarbeideres opplevelser av ytringsklima kan for eksempel gi et overordnet blikk på status og, sammen med andre kilder, avdekke viktig sammenhenger. Kvalitative analyser kan på sin side bidra til å forstå mekanismer som forklarer disse sammenhenger.

Det mangler et helhetlig bilde av hvor trygt det er å melde i helse- og omsorgstjenesten. På generell basis rapporterer Arbeidstilsynet at ytringsklimaet kan oppleves ulikt, også blant ansatte i én og samme virksomhet. Arbeidstakere og arbeidsgivere kan også vurdere ytringsklimaet ulikt. Arbeidsgivere har en tendens til å vurdere at ytringsklimaet er bedre enn det arbeidstakere opplever det som.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har ved to anledninger kartlagt i hvor stor grad det er samsvar mellom sakene hvor NPE har funnet at det har vært svikt i ytelsen av helsehjelp og hvilke saker som har blitt meldt i helseforetakenes egne avvikssystemer. Første gang NPE gjorde denne kartleggingen var i 2018, og svarene den gangen ga et samsvar på 33 prosent. Ved neste måling i 2022 var samsvaret økt til 39 prosent [6]. Ved begge undersøkelsene var det store forskjeller mellom både de ulike helseforetakene og innen ulike medisinske spesialiteter. Det er ikke å forvente 100 prosent samsvar, men at kun fire av ti pasientskader som fører til erstatning er meldt i interne avvikssystemer gjør at NPE stiller spørsmål ved om det lave samsvaret og store variasjonen kan ha årsak i en svak meldekultur og liten grad av åpenheten om pasientskader.

Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) formidler et klart inntrykk av at det er svært varierende i hvilken grad det er trygt å melde og si ifra for medarbeidere. Ukom ga i 2023 ut rapporten «Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser» der de undersøkte hvorfor uønskede hendelser og alvorlige forhold i varierende grad blir meldt i virksomhetenes interne kvalitetssystemer, og også meldt til myndighetene [7]. Ukom beskriver at det er svært varierende om ledelsen oppfordrer medarbeidere til å si fra om hva som ikke fungerer. Det er stor variasjon mellom ulike enheter på hvordan ledere vurderer og følger opp meldinger i avvikssystemene og også ulik praksis for å melde alvorlige hendelser til Ukom gjennom melde.no.

Plikten til å melde ifra om alvorlige hendelser gjennom melde.no, gjelder dersom utfallet er uventet ut fra en vurdering av påregnelig risiko. I rapporten drøfter Ukom utfordringer med begrepet påregnelig risiko og skriver at det er et uklart begrep når det skal relateres til alvorlige hendelser i helsetjenesten og at dette resulterer i variasjon i hva som meldes internt og i hva som varsles i melde.no. Ansatte Ukom har intervjuet påpeker at mye viktig læring går tapt dersom en i for stor grad konkluderer med at pasientskader og komplikasjoner skjer som følge av påregnelig risiko. Det sentrale må være å vurdere om det er mulig å redusere risikoen, også ved behandling som innebærer en påregnelig risiko.

Dersom det oppleves som en personlig belastning å melde en alvorlig hendelse, kan det medføre at man definerer påregnelig risiko for komplikasjoner for vidt. I tillegg skjer alvorlige hendelser oftest på grunn av sammensatte årsaker, og da blir det desto vanskeligere å kunne si hva som er påregnelig risiko. I arbeidsmiljøer preget av en ufeilbarlighetskultur kan det være vanskelig å være åpen om uønskede hendelser, og det kan også påvirke forståelsen av begrepet «påregnelig risiko». Nærmeste leders forventning til hva som skal meldes, og leders oppfølging av medarbeidere etter en uønsket hendelse er viktig både for læring og for å bygge opp den ansatte som har vært involvert.

Ukom beskriver at disse faktorer påvirker i hvilken grad helsepersonell melder fra om uønskede hendelser:

- En ledelsesstruktur som fremmer god melde- og læringskultur
- Leder som oppmuntrer og legger til rette for at de ansatte skal melde
- Et arbeidsmiljø med tilstrekkelig psykologisk trygghet til å melde
- Tid og kapasitet til å melde og et lett tilgjengelig meldesystem
- Helsepersonell som fanger opp at det har skjedd en uønsket hendelse og vurderer den til å være utenfor påregnelig risiko
- Meldinger blir saksbehandlet og tiltak blir iverksatt

I tiden etter publiseringen har Ukom mottatt flere bekymringsmeldinger om utfordrende ytringsklima der helsepersonell forteller at det er vanskelig å si ifra og komme med kritiske ytringer på sitt arbeidssted.

Ansatte forteller at de kan oppleve at det ikke nytter å melde, og at det også kan føre til negative konsekvenser for den som melder noe som igjen kan få konsekvenser både for arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten.

I Ukoms rapport «Pårørende sikrer trygg behandling» oppsummeres hvordan helse og omsorgstjenesten har:

- involvert og lyttet til pårørende i beslutninger før alvorlige hendelser oppstår, for eksempel valg av behandling eller om pasienten skal utredes videre eller ikke
- evnet å ivareta pårørende etter at en alvorlig hendelse har inntruffet
- involvert pårørende i interne gjennomganger for læring etter alvorlige hendelser [8].

Her er eksempler fra pårørende som forteller om frykten for å bli oppfattet som en «vanskelig pårørende» underveis i behandlingsforløpet. Dette utgjør en barriere for å kontakte og gi informasjon og tilbakemeldinger til helsepersonell, og kan svekke graden av pårørendemedvirkning.

I 2022 mottok DMP (tidligere Legemiddelverket) over 17 000 bivirkningsmeldinger fra helsepersonell, pasienter og legemiddelprodusenter. Sett bort fra bivirkningsmeldinger der det kun er meldt for koronavaksiner, mottok direktoratet 4 656 bivirkningsmeldinger, hvorav 1306 var alvorlige. Det ble meldt om 74 dødsfall. Andelen dødsfall i 2022 var 1,6 prosent. Dette var litt lavere enn i 2021. Bivirkningsmeldeordningen er et viktig verktøy i overvåkingen av legemidler. Meldingene gir et øyeblikksbilde av bivirkningene på meldetidspunktet og inneholder sjelden komplett informasjon om hendelsen. Tolkning og vurdering av årsakssammenheng er basert på tilgjengelig informasjon ved meldetidspunktet. Det er usikkert hvor stor andel av mistenkte bivirkninger som meldes, samtidig som en melding ikke nødvendigvis innebærer en årsakssammenheng.

Pasient- og brukerombudet (POBO) rapporterer at det for pasienter og brukere er lettere å si ifra i spesialisthelsetjenesten enn kommunal helse- og omsorgstjeneste. En av barrierene for å si ifra er redsel for å bli mislikt eller at de opplever at helsepersonell møter deres ytringer om misnøye og ønske om endring på en negativ måte. POBO beskriver hvordan tjenestemottakere i kommunen ofte forholder seg til de samme personene over lang tid, kanskje livet ut. Da er det viktig for mange å «bli likt» av de ansatte i tjenesten. Flere er redd for konsekvenser dersom man er kritisk. Dette gjelder både pårørende, brukere og pasienter.

POBO erfarer at det er stor variasjon i hvorvidt ledelsen kommuniserer at de er interessert i hva medarbeidere og pasienter, bruker eller pårørende mener fungerer og ikke fungerer. Utskiftninger av leder eller direktør kan medføre radikalt endrede holdninger. En sykehusavdeling kan være åpen og interessert i tilbakemeldinger, en annen ikke. Det samme gjelder for de ulike enhetene og institusjonene i kommunen.

Noen virksomheter inviterer POBO inn i kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg og i helsefellesskapene, andre gjør ikke det. Når POBO ber om begrunnelse for dette, er svaret ofte at innholdet i møtene er sensitive, eller at de allerede kjenner godt til POBO og derfor ikke trenger informasjon fra dem. Andre steder inviteres de inn med begrunnelse av at de sitter på svært nyttig informasjon.

Helsetilsynet peker i sin rapport på hvordan psykologisk trygghet og åpne refleksjoner rundt risiko og skader er en forutsetning for å danne ny forståelse og ønske om endring [9]. Dersom det hersker en grunnleggende forståelse av feil som «menneskelige feil» som den enkelte har et personlig ansvar for, vil mange kunne vegre seg for å rapportere om dette.

Deres tilsynserfaringer viser at det kan være utfordrende å skape nødvendig psykologisk trygghet i et arbeidsmiljø, noe som også samsvarer med internasjonale forskningsfunn. Helsetilsynet peker i sin rapport «Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring» at det er et lederansvar å sørge for psykologisk trygghet i et arbeidsmiljø, og det krever kontinuerlig innsats.

Helsedirektoratet har opplevd stor interesse over flere år for temaet psykologisk trygghet. Deltakerrespons på konferanser og forespørsler om foredrag indikerer et behov og en interesse for å arbeide for at det er trygt å melde. Generelt er inntrykket at det fortsatt er uønsket variasjon, og et område med behov for stor oppmerksomhet og konkrete tiltak.

I Helsedirektoratets arbeid med utviklingen av guiden «Ivaretagelse etter uønskede hendelser» var «taushet» et fremtredende tema og uttrykk for at det ikke var åpenhet om uønskede hendelser mange steder. Flinkhetskrav eller ufeilbarlighetskultur omtales som en årsak. Men også her ble det gitt uttrykk for variasjoner, for eksempel mellom profesjoner. Kultur og ledelse ble fremhevet som helt grunnleggende for god ivaretagelse etter uønskede hendelser.

Barrierer for at det er trygt å melde utdypes i guiden [10]: ufin kommunikasjon og det å bli møtt med negative reaksjoner, hierarki som gjør det vanskelig å utfordre autoriteter, mangelfullt fokus på systemvariabler og forventninger om ufeilbarlighet. Dette finner man belegg for i forskning, men vi møter også gjenkjenning hos deltakere i forbindelse med kurs, konferanser og prosjekter. Betydningen av god ledelse understrekes også, og det gis uttrykk for at dette varierer i ganske stor grad.

Muligheter for pasienter, brukere og pårørende å melde har det vært lite oppmerksomhet på i litteraturen. Brukerrepresentanter melder om dårlige opplevelser, og behovet for å stå på for å bli hørt. Trygge rammer for pasienter, brukere og pårørende er noe som vektlegges i guide for ivaretagelse etter uønskede hendelser.

KULT – et kulturkompetanseprogram

En kultur hvor det er trygt å melde kan ikke vedtas, den må utvikles. Mange i tjenesten stiller spørsmål om hvordan en slik kultur bygges, og hvordan psykologisk trygghet skapes. KULT -kulturkompetanseprogram - i regi av Helsedirektoratet tilbyr opplæring av ressurspersoner som kan bistå lederne i sin virksomhet i å bygge kultur og skape psykologisk trygghet. Deltakerne får økt kunnskap om sammenhengene mellom kultur, psykologisk trygghet og pasientsikkerhet samt trening i konkrete metoder for å arbeide med kultur og arbeidsmiljø lokalt. Det er gjennomført fem kurs med ca. 30 deltakere pr kurs, og det planlegges en train-the-trainer modul for å sikre bærekraft og spredning. Deltakerne kommer fra hele landet, fra både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Psykologisk trygghet er blitt et mye brukt begrep, og i praksisfeltet er det ulike oppfatninger og også misforståelser om hva det innebærer [10b]. Fagutvikling i forbindelse med KULT, der vi også bruker deltakernes erfaringer, tyder på at en modell med ulike grader eller stadier av psykologisk trygghet kan være nyttig. Tilbakemeldinger (og resultatene fra ForBedringsundersøkelsen) tyder på at det er forholdsvis greit å spørre når man er usikker på noe i jobben. Åpenhet om uønskede hendelser er derimot mer krevende. Skal det være trygt å melde, krever det høy grad av psykologisk trygghet.

Kan være åpne om feil

Rom for kritikk. Kan utfordre

Positiv utnyttelse av forskjellighet

Kan komme med forslag, synspunkter

Rom for ikke å vite alt. Kan spørre

Rom for alle. Inkluderende

ForBedringsundersøkelsen i spesialisthelsetjenesten

ForBedring er en årlig medarbeider- og arbeidsmiljøundersøkelse som gjennomføres i hele spesialisthelsetjenesten. Formålet er å gi overordnet styringsinformasjon og informasjon til bruk lokalt til forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen ble utviklet av Helsedirektoratet i samarbeid med helseforetakene og eies i dag av de regionale helseforetakene. Den kartlegger pasientsikkerhet og arbeidsmiljø ned til lavest mulig organisatoriske nivå hvor det er én leder for en gruppe medarbeidere, som for eksempel sengeposter og poliklinikker.

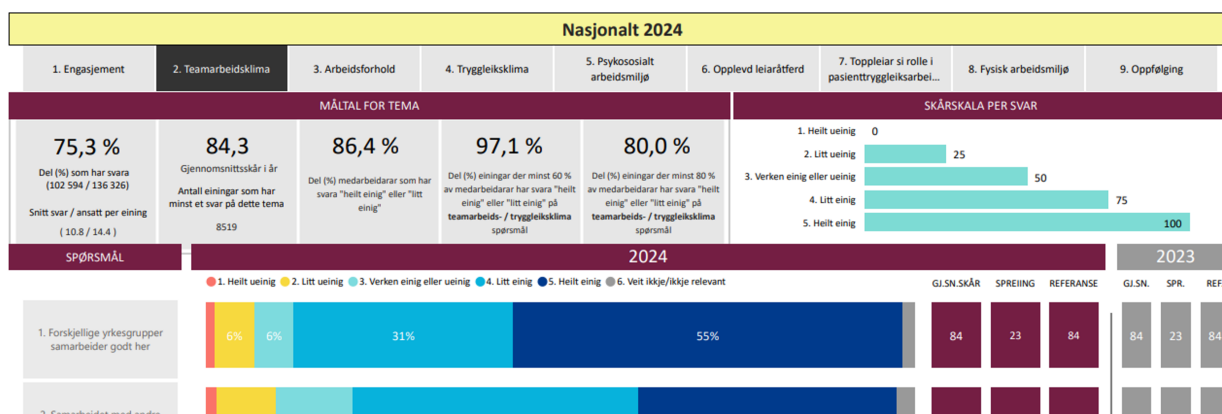
Spørreskjemaet som benyttes ved undersøkelse ForBedring måler åtte faktorer som til sammen skal belyse pasientsikkerhetskultur og arbeidsmiljø. To faktorer – teamarbeidsklima og sikkerhetsklima – er hentet fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)

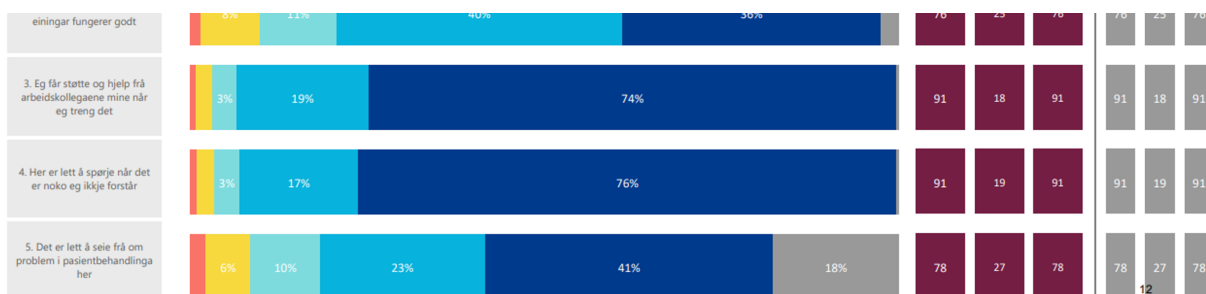
I det følgende viser vi resultatene på nasjonalt nivå for de to faktorene teamarbeidsklima og sikkerhetsklima [11]. Faktorene er hentet fra SAQ, men beregningsmetoden er en annen. Det medfører at måltallene i tabellen under er mer positive og viser mindre variasjon, enn metodikken som brukes i SAQ.

I kategorien teamarbeidsklima skårer respondentene i hvilken grad de er enig følgende påstander:

- Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her.
- Samarbeid med andre enheter fungerer godt.
- Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det.
- Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår.
- Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her.

På en skala fra 1–6, hvor 1 er helt uenig og 4 og 5 litt eller helt enig, viser resultatene at til sammen vel 80 prosent svarer at de er litt eller helt enig disse utsagnene.

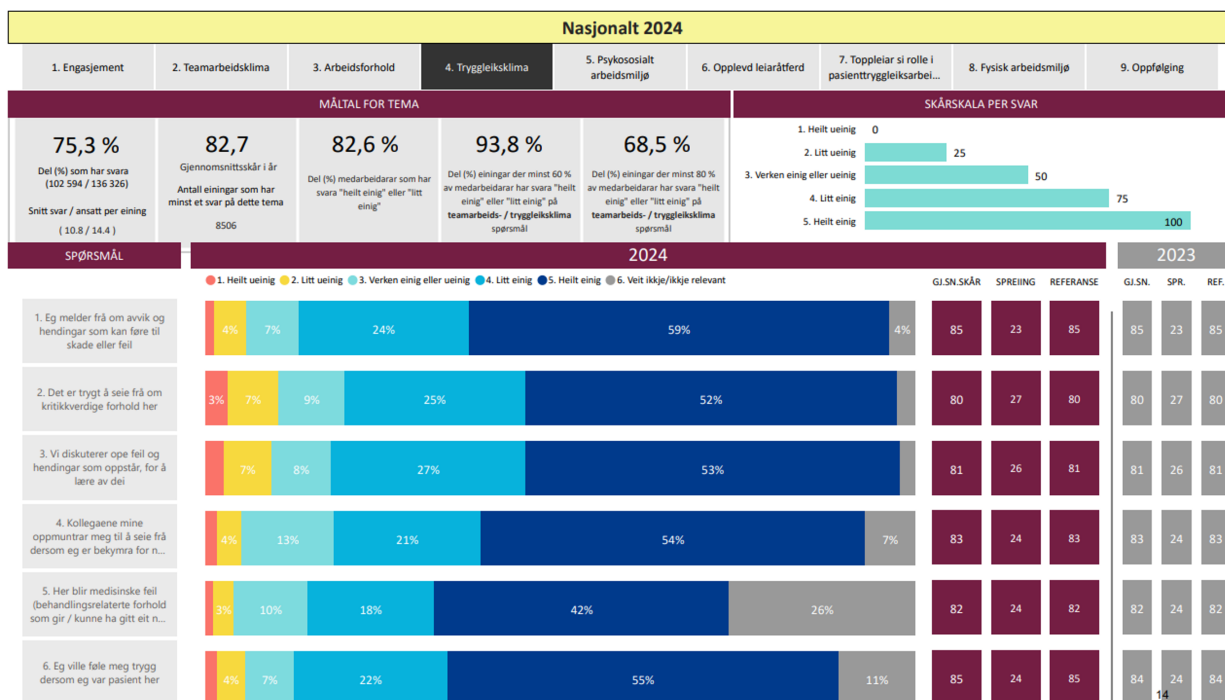




Figur 1. Resultater på nasjonalt nivå for de to faktorene teamarbeidsklima og sikkerhetsklima

Når det gjelder faktoren sikkerhetsklima, er til sammen 86 prosent litt eller helt enig i utsagnene som utgjør denne faktoren:

- Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil.
- Det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold her.
- Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem.
- Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten.
- Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig.
- Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her.

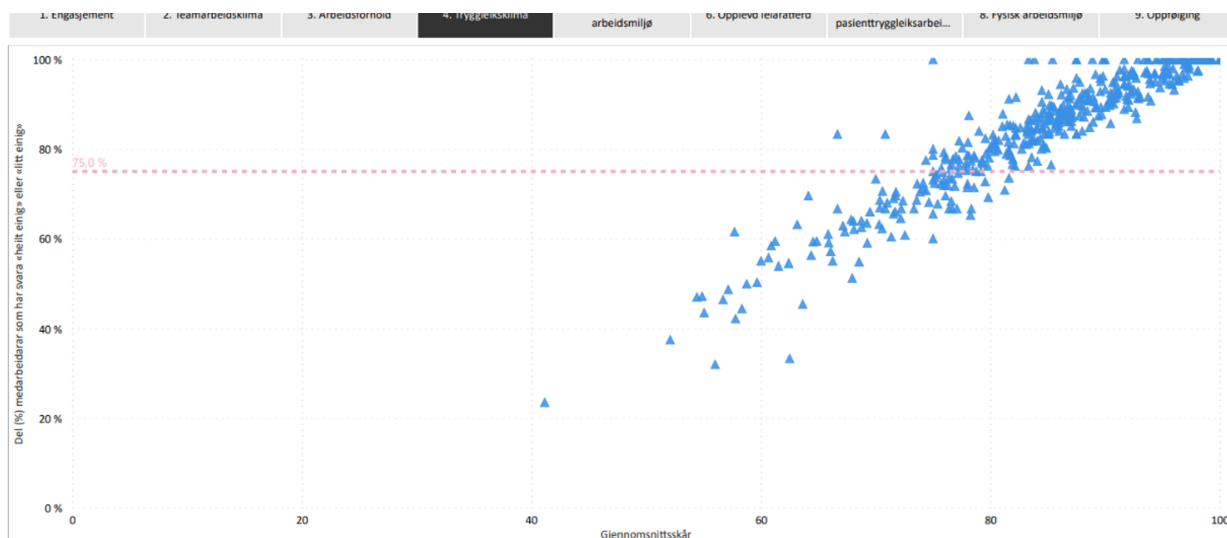


Figur 2. Resultater på nasjonalt nivå fra undersøkelsen ForBedring for 2024

Resultatene på de enkelte spørsmålene varierer en del. Når det gjelder spørsmålet «her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår» svarer 75 prosent helt enig, mens 17 prosent svarer litt enig. Når det gjelder spørsmålet «det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold her» er 52 prosent helt enig, mens 23 prosent er litt enig. Dette er i samsvar med erfaringen nevnt tidligere, at det er enklere å stille spørsmål enn å påpeke feil eller noe kritikkverdig, og at det kan være nyttig med en modell som viser forskjellige nivåer eller stadier av psykologisk trygghet.

Resultatene er også oppgitt per helseforetak. Scatter-diagrammer for teamarbeidsklima og sikkerhetsklima gir et bilde av variasjonen. Hver trekant representerer en enhet. Y-aksen er andel svar i en enhet som er i kategoriene «litt enig» eller «helt enig». Her er et tilfeldig eksempel fra et middels stort sykehus.

1. Engasjement	2. Teamarbeidsklima	3. Arbeidsforhold	4. Tryggleiksklima	5. Psykososialt	6. Opplevd leiartferd	7. Toppleiar si rolle i	8. Fysisk arbeidsmiljø	9. Oppfølging
----------------	---------------------	-------------------	--------------------	-----------------	-----------------------	-------------------------	------------------------	---------------



Figur 3. Variasjon på teamarbeidsklima og sikkerhetsklima ved et tilfeldig og middels stort sykehus. Flere enheter er under nivået for det som regnes som tilstrekkelig grad av godt sikkerhetsklima.

Beregningsmetoden i ForBedring er ikke den samme som for SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) der disse to faktorene er hentet fra. Beregningsmetoden benyttet i ForBedring har i analyser gitt høyere skår på mange enheter enn SAQ. Dette er grunnen til at resultatene fra ForBedring ikke er tatt i bruk som nasjonal kvalitetsindikator. For helseforetakene har det vært viktig at beregningsmåten ikke endres blant annet for at målingene skal kunne sammenlignes over tid.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har ved to anledninger kartlagt i hvor stor grad det er samsvar mellom sakene hvor NPE har funnet at det har vært svikt i ytelsen av helsehjelp og hvilke saker som har blitt meldt i helseforetakenes egne avvikssystemer. Første gang NPE gjorde denne kartleggingen var i 2018 og svarene den gangen ga et samsvar på 33 prosent. Ved neste måling i 2022 var samsvaret økt til 39 prosent. Ved begge undersøkelsene var det store forskjeller mellom både de ulike helseforetakene og innen ulike medisinske spesialiteter. Det er ikke å forvente 100 prosent samsvar, men at kun fire av ti pasientskader som fører til erstatning er meldt i interne avvikssystemer gjør at NPE stiller spørsmål ved om det lave samsvaret og store variasjonen kan ha årsak i en svak meldekultur og liten grad av åpenheten om pasientskader.

10-faktor-undersøkelsen i kommunene

10-FAKTOR er KS' medarbeiderundersøkelse og et verktøy for utvikling av hele organisasjonen. Resultatene skal bidra til å danne grunnlag for medarbeider-, organisasjons- og lederutvikling i kommunene. Undersøkelsen er skreddersydd for kommunesektoren, den er forskningsbasert og i tråd med KS' arbeidsgiverstrategi «Nyskapende arbeidsgivere».

Intensjonen er å måle faktorer som er avgjørende for at organisasjonen skal oppnå gode resultater, som å utvikle et godt mestringssklima (mestringsorientert kultur) og bidra til at ledere blir mestringsorienterte og som kan påvirkes gjennom målrettet utviklingsarbeid. Undersøkelsen omfatter, i tillegg til selve undersøkelsen, et grundig veiledningsmateriale for ledere til bruk i oppfølgingsarbeidet av resultatene. Materialet består av prosessverktøy og metoder ledere og medarbeidere i fellesskap kan benytte for å analysere resultatene, vurdere hva det er behov for å forbedre, sette mål og utvikle tiltak for å nå målene.

Vel 300 kommuner benytter 10-faktor-undersøkelsen som kartlegger følgende faktorer:

- indre motivasjon
- mestringstro

- autonomi
- bruk av kompetanse
- mestringsorientert ledelse
- rolleklarhet
- relevant kompetanseutvikling
- fleksibilitetsvilje
- mestringsklima
- prososial motivasjon

Undersøkelsen gir ikke informasjon om pasient- og brukersikkerhetskultur, psykologisk trygghet eller ytringsklima, noe som er helt sentralt for å kunne vurdere i hvilken grad målet om at det skal være trygt å melde nås.

Forslag til videre innsats for å nå målet om trygt å melde

Det er i dag ikke et godt nok informasjonsgrunnlag for å vurdere i hvilken grad det er trygt å melde hverken i spesialisthelsetjenesten eller spesielt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er mange spredte kilder, og informasjonen er ikke samordnet. Bildet som tegnes er at et høyt nivå av psykologisk trygghet er nødvendig for god pasientsikkerhet, slik også litteraturen bekrefter, men det er grunn til å tro at det er stor variasjon i tjenesten, og at situasjonen noen steder også er bekymringsfull.

Det er behov for å styrke og utvide informasjonsgrunnlaget om i hvilken grad det er trygt å melde, både ved å utnytte eksisterende informasjon bedre og identifisere og tette informasjonsgap. Det er behov for undersøkelser, forskning og rapporter som går mer i dybden, og som analyserer data fra medarbeiderundersøkelser med hensyn til profesjoner, spesialiteter, typer virksomheter, lederspenn med relevante utfalls variabler samt målinger av psykologisk trygghet med validerte verktøy

Det er også behov for mer kunnskap om intervensjoner for å utvikle kultur.

I tillegg er det behov for:

- bedre tilgang til samordnet kunnskap om hvor trygt det er å melde. Målgruppene for denne informasjon inkluderer blant andre politisk ledelse, helsemyndighetene, ledere på alle nivå, helsepersonell, pasienter/brukere, akademia og allmennheten. Informasjonen bør bygge videre på en triangulering av data, det vil si en kombinerende av metoder og informasjonskilder
- styrket datagrunnlag, særlig for kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom måling av trygt å melde/psykologisk trygghet/ytringsklima og ev. andre pasientsikkerhetskultur variabler i forbindelse med eksisterende medarbeiderundersøkelser på en måte som ikke øker rapporteringsbyrden i tjenesten
- styrket datagrunnlag om hvorvidt pasienter, brukere, og pårørende opplever det som trygt å melde

[1] Nembhard IM, Edmondson AC. Making it safe: the effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*. 2006;27(7):941-66.

[2] Arbeidstilsynet. Ytringsklima på arbeidsplassen
<https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidsmiljo/ytringsklima-pa-arbeidsplassen/>

- [3] World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Contract No.: ISBN 978-92-4-003270-5.
- [4] Edmondson A. Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*. 1999;44(2):350-83.
- [5] Appelbaum NP, Dow A, Mazmanian PE, Jundt DK, Appelbaum EN. The effects of power, leadership and psychological safety on resident event reporting. *Med Educ*. 2016;50(3):343-50.
- [6] Norsk Pasientskadeerstatning. Samsvar mellom pasientskader og saker som er meldt i avvikssystemer på sykehus. 2023.
- [7] Ukom. Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten; 2023. Contract No.: ISBN 978-82-8465-030-2.
- [8] Ukom. Pårørende sikrer trygg behandling. Funn fra Ukoms rapporter om ivaretagelse og involvering. Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten; 2024.
- [9] Helsetilsynet 2/2025; Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring. Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020–2024
- [10] Helsedirektoratet. Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser.; 2024.
- [10b] Førsum, J., & Kaada, K (2023). «Lederes utfordringer i arbeidet med psykologisk trygghet: Opplevelser av arbeidet med psykologisk trygghet i en norsk arbeidslivskontekst». Masteroppgave i strategi og ledelse ved Norges Handelshøyskole (Bergen).
- [11] Helse Vest. RESULTATRAPPORT FORBEDRING Nasjonal rapport frå undersøkinga i 2024. 2025.

Målet om systematisk læring og forbedring

Forutsetningen for systematisk læring og forbedring er at det er åpenhet og trygghet i tjenestene og med det at både ansatte, pasienter, brukere og pårørende opplever det er trygt å gi uttrykk for sine meninger, jf. kap. 4.2 – mål om trygt å melde. Både små og store tilbakemeldinger i arbeidshverdagen, samt det som rapporteres som avvik i interne kvalitetssystemer, gir ledere god oversikt over risiko og kvalitet i tjenestene. Alle tilbakemeldinger må håndteres og læringsutbytte utnyttes. Systematisk arbeid med læring og forbedring er helt avgjørende for å sikre gode tjenester, faglig utvikling, avdekke risiko, unngå feil, og ikke minst for å lære av egen og andres praksis.

Der meldingen er av en slik karakter at det er nødvendig, må ledere følge opp med tiltak som fører til faktiske forbedringer. Slik skaper vi lærende organisasjoner som håndterer både risiko og lærer av det som går bra.

Hva vi vet om status?

Det arbeides godt og systematisk med forbedringsarbeid i store deler av helse- og omsorgstjenesten. Melding av avvik og påfølgende analyse av uønskede hendelser en del av forbedringskulturen på de fleste arbeidsplasser. Variasjonen er samtidig stor.

Det er en rekke nasjonale initiativ som støtter opp om dette arbeidet, som for eksempel rammeverket. Men også lov og forskrifter, faglige normeringer, kvalitetsindikatorer, ulike typer innsatsområder og prosjekter med søkelys på faglig kvalitet og utvikling, både nasjonalt og lokalt, er ment å bidra til god praksis og til læring og forbedring.

Selv om det både er gode nasjonale og lokale initiativ, er det fortsatt utfordringer og til dels svært ulik praksis i de forskjellige virksomhetene i helse- og omsorgstjenestene. Helsetjenesten har en lang tradisjon med faglig utvikling og individuell læring. Kollektiv læring/systematisk erfaringslæring har det tradisjonelt vært mindre oppmerksomhet på [12].

Organisatorisk læring, eller «læring på tvers», er også mangelfull. Læring og forbedring etter uønskede hendelser skiller seg ut som en særlig utfordring. Ukom har avdekket variasjon mellom virksomheter, og at det kan variere internt i en og samme virksomhet. Årsakene til dette er blant annet organisatoriske forhold, ressurser, kompetanse, lederforankring og kultur.

Riksrevisjonen (RR) finner at relativt få helseforetak arbeider systematisk med risikostyring. Noen foretak har god praksis i deler av risikostyringen og dette viser at det er grunnlag for læring på tvers av foretakene. Riksrevisjonen viser videre at de regionale helseforetakene ikke har i tilstrekkelig grad fulgt opp om helseforetakene har fungerende risikostyringssystemer og slår fast at dette ikke er tilfredsstillende.

Ukom har fått bekymringsmeldinger fra både pårørende og helsepersonell om at uønskede hendelser ikke alltid blir meldt eller varslet, noe som også NPEs undersøkelser bekrefter. Formålet med å melde uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten er at disse skal gjennomgås og brukes til framtidig læring.

Mange steder bygger ikke avvikshåndtering opp om en slik læringsarenaen. Avvik lukkes for å unngå restanser, framfor å sikre læring som bidrar til forbedring. Ledere bruker ikke nødvendig tid på å involvere og reflektere sammen med ansatte, men å avslutte saken raskt. Det er en av grunnene til at det i Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser, [13] er vektlagt at involvering i gjennomgang av hendelser er en del av ivaretagelsen. For de involverte, både pasienter, brukere og pårørende og helsepersonell, er det av vesentlig betydning at den uønskede hendelse fører til forbedring av tjenesten, slik at liknende hendelser forebygges. I tråd med WHO's anbefalinger har vi understreket behovet for at pasienter, brukere og pårørende inviteres inn i dette arbeidet, og at medarbeidere faktisk involveres.

For å skape en lærende kultur, er det også viktig å gjennomgå mindre hendelser og nesten-hendelser. Det er også nyttig med et repertoar av metoder for gjennomgang av hendelser. En slik tilnærming vil kunne avdekke risiko, indentifisere forbedringsmuligheter og avverge mer alvorlige hendelser.

Pyramiden under viser ulike metoder som kan brukes avhengig av alvorlighet og kompleksitet i hendelsen.





Figur 4. Ulike metoder som kan brukes avhengig av alvorlighet og kompleksitet i hendelsen. Et av kriteriene for en grundigere analyse, kan være hendelsens mulige læringsverdi. Det som går bra, kan også være gjenstand for gjennomgang (safety II eller resiliensperspektivet). Å begynne med læringsgjennomgang av positive hendelser og enkle uønskede hendelser i det daglige, legger grunnlag for en god tilnærming hvis det skulle bli behov for gjennomgang av alvorlige hendelser.

Barrierer for å nå målet

Barrierer for systematisk læring og forbedring kan være mangel på trygge rammer, tid og læringsarenaer. Det finnes gode eksempler på at det er mulig å legge bedre til rette for dette, men at det fordrer kulturrendring og god ledelse.

Helsetilsynet beskriver i sin rapport Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring, [14] følgende forhold som gjør det utfordrende å omsette ny innsikt til læring i helsetjenestene.

1. risikoforhold ved helsetjenesten
2. kompleksiteten i tjenestene
3. utfordringer med å lære «på tvers» i en stor sektor
4. fravær av psykologisk trygghet
5. utilstrekkelig ledelse

I det følgende utdypes punktene over.

Risiko

Ivaretagelse og behandling av syke mennesker innebærer usikkerhet (85). Vurderingen og beslutninger må ofte tas under tidspress og ut fra begrenset informasjon. Samtidig er mennesker feilbarlige, og forstyrrelser, tretthet mv kan begrense hvor mye den enkelte evner å huske og håndtere samtidig. Det aller meste som gjøres i helsetjenesten har dermed en viss risiko. I noen tilfeller vil virksomheter ha kjennskap til risiko, men ikke vite hvordan den kan redusere.

Effektive tiltak som er utviklet andre steder, fungerer ikke nødvendigvis i egen kontekst. Selv om mange studier kan rapportere om tilfredsstillende innføring av slike tiltakspakker mot for eksempel fall, legemiddelfeil, er det få som påviser at de resulterer i færre pasientskader eller mindre risiko.

Komplekst system

Helsetjenesten kjennetegnes av utallige interaksjoner mellom mange ulike komponenter, både menneskelige og teknologiske (88). Helsetilsynet tar utgangspunkt i SEIPS modell for å synliggjøre at uønskede hendelser oppstår på grunn av svikt i de komplekse interaksjonene mellom menneskene og system.

Helsedirektoratet har ofte illustrert hvordan pasientresultatene avhenger av hvordan vi organiserer oss og hvordan strukturer og prosesser påvirker kvaliteten [15]. Begge tilnærminger er kompleksitetsteorier, hvor den sentrale ideen er at systemer skal forstås som en helhet. For å lære, må vi forstå hendelser som komplekse, ikke som isolerte feil. Å finne spesifikke årsaker til pasientskader er krevende i slike systemer, noe som også gjør det vanskelig å finne effektive tiltak og adressere svakheter i stadig utviklende arbeidsprosesser.

Lære «på tvers»

Læringen foregår ofte lokalt, ofte i team med høyspesialiserte oppgaver i ulike kontekster. Det bidrar til at det blir vanskelig å lære av andres. Lokale læringsprosessene domineres av at problemet løses der og da, uten å involvere andre. Det kan bidra til at underliggende årsaker oversees og at en går glipp av viktig læring på tvers. Ved å kartlegge og beskrive hver enkelt uønsket hendelse for seg, vil vi i liten grad kunne avdekke fellestrekk mellom hendelser som kan lede til en mer utfyllende forståelse av årsaker. Helsetilsynet erfarer også at avvikshåndtering mange steder ikke fungerer som en læringsarena. Det prioriteres å lukke avvik for å unngå restanser, framfor å sikre læring som bidrar til forbedring.

Psykologisk trygghet

Tematikken omtales i kapittel 4.2 – mål om trygt å melde, og er en grunnleggende forutsetning for å få til læring.

Ledelse

Vi har innledningsvis slått fast at det på alle ledelsenivåer må etableres en organisasjonskultur for kontinuerlig læring og forbedring. En annen avgjørende forutsetning er å ha oversikt over risikoområder og evaluere om tiltak som settes i verk fører til forbedringer. Tilsynserfaringer viser at ledelsen ikke klarer å etablere en slik organisasjonskultur. Medvirkende årsaker er at ledelsen ikke har god nok oversikt over risikoområder, kvalitet på tjenestene eller ikke evaluerer tilstrekkelig.

Involvering av pasienter, brukere og pårørende

Samarbeid med pasienter, brukere og pårørende er et sentralt virkemiddel for å gjøre tjenestene sikre og trygge. Ukom slår fast i sin rapport om meldekultur og læring av uønskede hendelser at virksomhetene må ha system for god kommunikasjon med og involvering av pasienter og pårørende etter uønskede hendelser og at de må sikres reell innflytelse i analyse og læring. Samtidig avdekket de i rapporten «Pårørende sikrer trygg behandling» at dette ikke skjedde.

Pasienter og brukere ofte har relevant og god informasjon om det som har skjedd, og den supplerer og nyanser helsepersonellens tilnærming. Samlet gir det en bedre forståelse for hvorfor det gikk galt. Det er viktig at pasienter og pårørende blir involvert i arbeidet med oppfølging av hendelser, og at de blir koblet på

tidlig i prosessen (framgangsmåte for hvordan en bør involvere går fram av Helsedirektoratets guide om ivaretagelse etter uønskede hendelser). Involvering og medvirkning gjelder på alle nivåer i virksomhetene, også fra tilsynsmyndighetene sin side.

God kommunikasjon med innbyggerne er sentralt for tilliten til helse- og omsorgstjenesten. I tillegg til involvering etter uønskede hendelser må pasienter, brukere og pårørende, både på individ-, tjeneste og systemnivå, involveres for å styrke pasient- og brukersikkerheten. Innbyggerne må ses på som ressurs i arbeidet med å sikre trygge og gode helsetjenester. Det er godt belagt i forskning at pasienter og pårørende spiller en viktig rolle her. Pasient- og pårørendemedvirkning er også tydelig og godt forankret i lovverket.

Får å nå målet om systematisk læring og forbedring, må man involvere og ta i bruk pasienter, brukere og pårørendes samlede erfaringer og ideer i utforming, endring og forbedring av tjenestene. Spørsmålet «hva er viktig for deg?» er grunnleggende å stille. Oppfølging etter enkelthendelser, klager, forslagskasser, Involvering ved representasjon, f.eks. ved brukerråd- og paneler, er ulike måter å tilegne seg slik kunnskap på. Brukererfæringsundersøkelser og digitale meldeknapper, er andre måter.

Erfaringer, tilsyn, rapporteringer og tilbakemeldinger mv, tilsier at det fortsatt ikke fungerer godt nok i praksis og at variasjonen er stor. Brukerorganisasjonene gir innspill til tiltak på nasjonalt nivå som kan gi bedre involvering av pasient og pårørende i arbeidet med alvorlige hendelser. De etterlyser blant annet at det faglige ansvaret for pårørendearbeid blir tydeligere plassert i tjenestene. Videre har de spilt inn at pasient- og pårørendeinvolvering må styrkes som læringsutbytte og læringsaktivitet i grunn-, videre-, og etterutdanningene for helsepersonell. Utvikling og innføring av digitale samhandlingsløsninger som DigiHelsestasjon og DigiHelse (pleie- og omsorgstjenesten) vil bidra til å gjøre det enklere for pasienter og pårørende å melde om alvorlige hendelser.

Forenklete hendelsesanalyser med vekt på involvering og læring, også på tvers

Haraldsplass diakonale sykehus bruker oftere forenklet hendelsesanalyse etter alvorlige hendelser enn tidligere. De gjennomfører fellesmøte med alle involverte, der de fyller ut og ferdigstiller hendelsesforløpet, finner læringsmomenter og bidrar med forslag til forbedringstiltak. Dette gir en felles situasjonsforståelse, og møtene oppleves svært nyttige. Denne erfaringen er i tråd med det Guiden for ivaretagelse etter uønskede hendelser (ref 1) skriver om at involvering i erfaringslæring i er en del av god ivaretagelse.

I den forenklete hendelsesanalyse involveres i stadig større grad også pasienter og pårørende. Pasient og pårørende bidrar med viktige tilbakemeldinger om forbedringsområder som ikke alltid har vært belyst i fellesmøte med involverte (ref 2).

Sykehuset har satt i system hvordan lære på tvers av uønskede hendelser. Hendelsene blir delt med alle relevante avdelinger/klinikker ved å bruke Lessons Learned som verktøy. I tillegg skal alltid de alvorligste hendelsene vurderes om de er aktuelle som case til simulering. Simulering kan være med å avdekke flere tiltak og medarbeidere får trene på den konkrete hendelsen. Videre blir læring etter simulering oppsummert og delt med aktuelle klinikker/avdelinger.

Ref 1 [Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser - Helsedirektoratet](#)

Ref 2 [Erfaringsskjema kan redusere uønskede hendelser på sykehus \(PDF\)](#) Artikkel i Sykepleien som beskriver Lessons learned metodikk, opprinnelig fra Aker Solutions

Tillit blant innbyggerne til digitale tjenester og informasjonsdeling

Innbyggerne i Norge er villige til å dele egne helsedata. Viljen til å dele data med tanke på individuell behandling er høyere enn viljen til å dele dem til forskningsformål [16].

Viljen til å dele egne helsedata er relevant i lys av:

- utviklingen av et felles europeisk område for helsedata (European Health Data Space (EHDS)). Målet med EHDS er blant annet å fremme sikker tilgang til og utveksling av helsedata nasjonalt og på tvers av landegrenser
- at om lag 7 av 10 innbyggere har tillit til at ens helseopplysninger er sikret i 2024 [17].
- at majoriteten av innbyggerne har positive oppfatninger om tilgang til helseopplysninger: Nærmere 7 av 10 føler seg tryggere på behandlingen de mottar når de har tilgang til informasjon om behandlingen digitalt, og en like stor andel opplever at digital tilgang til egne helseopplysninger hjelper med å forstå egen helsesituasjon bedre i 2024.

Vi befinner oss imidlertid i et spenn hvor en rekke innbyggere tror at helsedata allerede deles, samtidig som pasienter i praksis opplever å måtte gjenta sykehistorien sin i helsetjenesten. Helsedata er i dag fordelt på mange frittstående systemer som ikke snakker sammen, med de utfordringer vi har pekt på over [\[18\]](#).

De digitale fellesløsningene og samhandlingstjenestene skal gi bedre behandling, gi mer tid til pasientene, redusere tid på å lete etter og sammenstille informasjon og stimulere til tjenesteutviklingen.

Samtidig ønsker 44 prosent av helsepersonell seg tilgang til flere muligheter for digital kommunikasjon med annet helsepersonell og andre om oppfølging og behandling av pasient enn det som er tilfellet i dag. Fremdrift i trygg og sikker deling av helsedata på tvers av regioner og aktører er en sentral faktor for å opprettholde og øke innbyggernes tillit til helsetjenestene.

Hvordan nå målet om systematisk læring og forbedring

Erfaringer og funn som vist over, og som støttes av internasjonal forskning, viser at alvorlige hendelser der pasienter skades eller dør som følge av helsehjelpen de mottar er et vedvarende problem. Samtidig er det mulig å videreutvikle måtene vi arbeider på for å bidra til bedre pasient- og brukersikkerhet og reduksjon i forekomsten av pasientskader. Som det er skissert i ny meldeordning, ligger hovedutfordringen i å få til forbedringer i tjenestene, og hvordan man sikrer at forbedringsarbeid ett sted fører til forbedring også andre steder (såkalt læring på tvers). Det finnes mange gode initiativer for å styrke pasientsikkerheten både i tjenestene og fra andre aktører, og det gjøres allerede mye godt arbeid i dag, men arbeidet må i mye større grad samordnes og sees i sammenheng.

Vi trenger et felles nasjonalt løft på flere områder, der alle som er involvert i arbeidet med å styrke pasient- og brukersikkerheten løfter sammen, og ikke hver for seg.

1. Vi må styrke styring og ledelse av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.
2. Vi må bruke en bredere tilnærming for å forstå årsakene til pasientskader for å finne gode tiltak som kan redusere omfanget av pasientskader.
3. Vi må bli bedre til å involvere pasienter og pårørende i pasientsikkerhetsarbeidet.

4. Vi må utnytte potensialet som ligger i å analysere og forstå store datasett på tvers av hendelser for å få bedre innsikt i risikoområder og bakenforliggende årsaker.
5. Kompetansestrategier må utvikles og vedlikeholdes for å bygge tilstrekkelig kompetanse innenfor:
 - a. pasient- og brukersikkerhet. Det er utviklet et felles nordisk rammeverk for pasientsikkerhetskompetanse som vil tilpasses norsk kontekst for å kunne benyttes i planlegging og gjennomføring av kompetansetiltak
 - b. resiliens
 - c. hendelsesanalyse og forenklet hendelsesanalyse
 - d. systematisk forbedringsarbeid
 - e. systematisk implementeringsarbeid

God styring og ledelse er en avgjørende forutsetning for at virksomheter skal kunne levere gode og sikre helse- og omsorgstjenester. Helsetilsynets tilsynserfaringer viser at mangelfull ledelse av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er en stor utfordring. Dette er et gjennomgående og alvorlig funn som de ser i oppfølging av varsler og øvrige tilsynsaktiviteter. Det er særlig to overordnede forhold som går igjen:

- Ledelsen har ikke nødvendig oversikt over kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer.
- Kjente kvalitets- og pasientsikkerhetsutfordringer blir ikke fulgt opp på en måte som gir varig forbedring.

[12] Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. *Quality and Safety in Health Care*. 2004;13(suppl 2):ii3-ii9.

[13] Helsedirektoratet. Guide for ivaretagelse av pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere ved uønskede hendelser.; 2024.

[14] Rapport fra Helsetilsynet 2/2025. Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring. Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020–2024.

[15] Donabedian, A. (1968). «Promoting the Quality through Evaluating the Process of Patient Care». *Medical Care* VI(3): 181–202.

[16] Dersom en norsk innbygger har behov for behandling i et annet nordisk land, ville 6 % av innbyggerne ikke ønske å dele personlige digitale helsedata på tvers av helsetilbydere (som sykehus, poliklinikk e.l.) i de nordiske landene i 2023. Dersom en norsk innbygger har behov for behandling i et annet nordisk land, ville 11 % ikke ønske å dele personlige digitale helsedata til forskningsformål på tvers av de nordiske landene. Eriksen, J., Hjermitslev, C. B., Tuulikki, V., Hardardóttir, G. A., Koch, S., Faxvaag, A., Kyytsönen, M., Viitanen, J., Lintvedt, O., Pedersen, R., Vimarlund, V., Nordheim, E. S., Reponen, J., and Nøhr, C. (2023), [A Nordic survey to monitor citizens use and experience with eHealth](#). Nordic Council of Ministers. TemaNord 2023:541

[17] Helsedirektoratet (2025), [Innbyggerundersøkelsen om digitalisering i helse- og omsorgstjenesten 2024](#)

[18] Digi.no: [Etterlyser god deling av helsedata – men det er allerede på vei | Digi.no](#)

Målet om færre pasientskader

Det overordnede målet med å bedre pasient- og brukersikkerheten er å redusere risikoen for at det skal oppstå skade på pasient og bruker (heretter omtalt som pasientskade). Dette målet understøttes både av målene Trygt å melde og Systematisk læring og forbedring, i tillegg til alle virkemidlene i rammeverket.

Pasientskader kan være en stor belastning for pasient, bruker, pårørende og helsepersonell. De kan føre til forlenget behov for helsetjenester, tapt livskvalitet og i verste fall død. Egenopplevd skade og fokus i media kan svekke befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenester. Noe som kanskje ikke er så tydelig kommunisert, er at pasientskader medfører store kostnader for samfunnet. OECD har publisert en rekke rapporter om økonomi knyttet til pasientsikkerhet og påpeker at så mye som 15 prosent av kostnadene i et sykehus er knyttet til å behandle skader. De har estimert at skader som oppstår i primærhelsetjenesten og legevakt, kan være bidragende til 6 prosent av et landets liggedøgn på sykehus (og disse kommer i tillegg til de 15 prosentene beskrevet tidligere) og koste så mye som 3 prosent av GDP. Når det gjelder hjemmetjenester og sykehjem (Long Term Care) har OECD ikke beregnet kostandene direkte, men påpeker at sektoren har ett bredt fokus og er hurtig voksende, noe som sannsynligvis øker risiko for skade. Derfor er det viktig å holde omfanget av pasientskader på et så lavt nivå som mulig.

Mye av arbeidet med pasientsikkerhet, både internasjonalt og i Norge, har sitt utspring i spesialisthelsetjenesten. Dette til tross for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som påpekt over, er minst like utsatt for pasientskader. Spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester har samme lovkrav om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet og den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal vies større plass i pasientsikkerhetsarbeidet (og er et prioritert nasjonalt innsatsområde).

For å forebygge pasientskader må det jobbes systematisk og tverrfaglig. Tiltak må gjøres i nært samarbeid mellom ledere og medarbeidere.

Status

I Norge har vi fulgt med på omfang av pasientskader i somatisk spesialisthelsetjenesten med metoden Global Trigger Tool (GTT) siden 2012. Av GTT-undersøkelsene går det fram at det har skjedd en pasientskade i omkring 12 prosent av alle somatiske sykehusopphold i 2023. Målingen har vist at det er en statistisk signifikant nedadgående trend i omfang av pasientskader fra 2012 til 2023. GTT definerer pasientskade som utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Det har vært en del kritikk knyttet til GTT, og Helsedirektoratet har de siste fem årene iverksatt en rekke initiativ for å revidere metoden. Et innovasjonsprosjekt med midler fra Forskningsrådet, ser på blant annet samsvar i vurdering av skade og antall sykehusopphold som skal inngå i undersøkelsen og avsluttes i 2025. En ekspertgruppe med representanter fra GTT-teamene i alle regionen har revidert metoden og endringer vil bli innført i 2026.

GTT er et måleverktøy som skal brukes som én del av et større kvalitetssystem. Et slikt system inneholder andre komponenter, som måling av pasientsikkerhetskultur, frivillig innrapportering av feil, måling av infeksjoner på kirurgisk avdeling og liknende resultatmål. Flere helseforetak benytter også GTT-metoden til å gjennomgå de alvorligste skadene funnet med metoden, for å vurdere om de skyldes systemsvikt og se GTT i sammenheng med avviksrapportering.

Ved å tallfeste omfanget av pasientskader, kan vi få et inntrykk av hvordan strategier og organisatoriske tiltak for å rette på systemfeil virker. Å oppdage og analysere systemsvikt for å finne ut hva som bidrar til pasientskadene som oppstår i helsevesenet er viktig pasientsikkerhetsarbeid. Målet er å utvikle en sikkerhetskultur som vier mer oppmerksomhet til systemsvikt og organisatoriske faktorer som bidrar til skadelige hendelser, og utvikling av tiltak for å bedre pasientresultatene. Vi mangler tilsvarende målinger av pasientskade innen psykisk helsevern, i kommunal helse og omsorgstjeneste og i helsetjenester for barn og unge.

Resultatene fra GTT-undersøkelsen ble tatt ut som styringsparameter fra RHF-enes oppdragsdokument fra og med 2024. Per mai 2025 har Helsedirektoratet mottatt indikasjoner fra to helseforetak og ett ideelt

sykehus om at de avslutter gjennomføringen av GTT fra og med 2025. Dersom denne trenden fortsetter, kan datagrunnlaget for undersøkelsen bli så svakt at et nasjonalt estimat for omfanget av pasientskader innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste ikke lengre kan beregnes.

Internasjonal sammenligning

Nordisk samarbeid om pasientsikkerhet har tilrettelagt for sammenligning av omfang av pasientskade mellom Norge og Sverige. Det totale omfanget av pasientskade viste seg å være likt, men Norge hadde signifikant mer kirurgiske skader sammenlignet med Sverige, mens det var signifikant mere pleierelaterte skader knyttet til opphold i svenske sykehus. Svenske helsemyndigheter har benyttet resultatene fra disse undersøkelsene som utgangspunkt for forbedringstiltak.

Ny elektronisk portal finner risikoområder ved hjelp av GTT-data

Ved hjelp av en nyutviklet elektronisk portal (NCAF) for Global Trigger Tool (GTT), er det blitt enklere å finne pasientskader. På Nordlandssykehuset er både helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) og trykksår er redusert ved hjelp av data presentert i NCAF-løsningen i kombinasjon med GTT.

Med NCAF fant sykehuset at omfanget av urinveisinfeksjon (UVI) hadde økt. Forbedringstiltak ble gjort for å forbedre indikasjon for innleggelse av urinkateter, og stell. Resultatet var at omfanget av UVI-tilfeller ble redusert. Likeledes oppdaget en klinikk på Nordlandssykehuset økning av trykksår i årsrapporten for 2023. Målrettede tiltak ble igangsatt for å avdekke risiko for trykksår og om pasienten hadde trykksår før innleggelse. Resultatet var at omfanget av trykksår ble redusert. Andre risikoområder Nordlandssykehuset følger med på nå er postoperative sårinfeksjoner og PVK-infeksjoner.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) mottok i 2024 nærmere 7 700 erstatningskrav fra pasienter og pårørende som mener at det har skjedd feilbehandling i møtet med helsevesenet. I 2024 ga NPE drøyt 1 500 erstatningssøkere rett i at det har skjedd en pasientskade som følge av svikt i ytelsen av helsehjelp. De utbetalte over 1,3 milliard kroner i erstatning i 2024. Mer enn hver femte erstatningssak NPE mottok i 2024 dreier seg om ortopedisk behandling, og det ble utbetalt omtrent 252 millioner kroner i erstatning for skader etter ortopedisk behandling. Høyest andel av saker hvor NPE konkluderer med svikt i ytelsen av helsehjelp var i 2024 innen odontologi. Det ble gitt medhold i drøyt 60 prosent av sakene, og det ble utbetalt 35 millioner kroner i erstatning. Av den drøye 1,3 milliard kroner NPE utbetalte i erstatninger i 2024, gikk over én milliard kroner til erstatningssøkere som ble feilbehandlet i spesialisthelsetjenesten. Nesten 45 prosent av sakene som ble meldt NPE i 2024 kom etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Behov for data og informasjon

Minimumskravet for gjennomføring av GTT i dag, er at 240 tilfeldig utvalgte sykehusopphold undersøkes per helseforetak per år, uavhengig av helseforetakets størrelse. Flere av helseforetakene har imidlertid valgt å undersøke flere sykehusopphold, blant annet ved å trekke og undersøke utvalg fordelt på kirurgiske og medisinske opphold. Dette gir både et bedre datagrunnlag for estimatene og en økt grad av eierskap til resultatene. For de helseforetakene som begrenser seg til minimumskravet, gir data fra GTT-undersøkelsen kun en pekepinn om i hvilken grad omfang av pasientskader har økt eller sunket og gir begrenset innsikt i behov for forbedring. Med tilgang til større datamengder fra GTT-undersøkelsen vil helseforetakene kunne vurdere effekt av forbedringstiltak på klinisk nivå og ikke bare helseforetaksnivå. Det kan skje uten økt tidsbruk ved hjelp av delvis digitalisering av GTT. Helse Nord har delvis automatisert GTT-undersøkelsen og funnet at tidsbruken kan reduseres med 95 prosent sammenlignet med manuell gjennomføring.

I dag mangler vi data for omfang av pasientskader i psykisk helsevern, i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i helsetjenester for barn og unge. Håndbøker for gjennomføring av GTT er utviklet og pilotert for psykisk helsevern og fastlegekontor. En håndbok er utviklet, men ikke pilotert, for måling av pasientskade i sykehjem. Det er behov for å etablere målinger av pasientskade også i disse delene av helsesektorene.

Forslag til videre innsats for å nå målet om færre pasientskader

Arbeidet med å revidere og videreutvikle GTT-metoden må videreføres. Blant annet vil automatisk datafangst og digitalisering av gjennomføring av GTT gi økt datagrunnlag og gjøre det mulig å måle pasientskade knyttet til for eksempel innsatsområdene legemiddelbruk og helsetjeneste assosierte infeksjoner på klinisk nivå, uten å øke tidsbruken. Helseforetakene må oppfordres til å videreføre GTT-undersøkelsen.

Tjenestene må bruke resultatene fra GTT-undersøkelsen aktivt og se dem i sammenheng med andre datakilder. Spesielt bør omfanget av pasientskader ses i sammenheng med resultater innenfor pasientsikkerhetskultur fra undersøkelsen ForBedring, da omfanget av pasientskade korrelerer med pasientsikkerhetskultur. Dette er krevende i dag, da resultater fra disse målingene ikke foreligger på samme nivå og innenfor sammenlignbare områder. For å redusere omfang av pasientskader bør helseforetakenes strategi være å identifisere avdelinger og seksjoner med lav skår på pasientsikkerhetskultur, hvor forbedringstiltak kan iverksettes både for å forbedre sikkerhetskultur, psykologisk trygghet, arbeidsmiljø og risiko i pasientbehandling. Hvis man også tilrettelegger for å bruke GTT til å følge forbedring av tiltakene der på klinisk nivå, vil det gi mulighet for å evaluere om omfang av pasientskadene også reduseres der.

Å tilrettelegge for måling av pasientskade med GTT innen psykisk helsevern, i kommunal helse og omsorgstjeneste og i helsetjenester for barn og unge, vil understøtte de nasjonale prioriterte innsatsområdene om å redusere pasientskader i kommunale helse og omsorgstjenester og i psykisk helsevern.

En samordnet nasjonal innsats for å sammenstille, analysere og tilgjengeliggjøre relevante informasjon om pasient- og brukersikkerhet for kommunene, vil bidra til å redusere pasientskader. I tillegg må samordnede tiltak og virkemidler som veiledning, tilsyn, mv, og en bred innsats som søker å stimulere tjenesten til å ta i bruk foreliggende innsikt.

Innblikk i innsatsområdene

Rammeverket har som nevnt fem prioriterte nasjonale innsatsområder. Innsatsområdene er ikke gjensidig utelukkende og det er stor variasjon i innsikten vi har i pasient- og brukersikkerhet i de ulike innsatsområdene. Vi har lite kunnskap om hvor trygt det er å melde, i hvilken grad det faktisk foregår systematisk læring og forbedring samt omfanget av pasientskader utover somatikken i spesialisthelsetjenesten. Det er bare innenfor innsatsområdene kommunal helse- og omsorg og på psykisk helse og rus vi har identifisert rapporter som sier noe om målet trygt å melde.

Innsatsområdet kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kommunale helse- og omsorgstjenester består av komplekse organisasjoner, med mange medarbeidere og mange pasienter, brukere og pårørende med ulike og sammensatte hjelpebehov. Kommunene er av ulik størrelse og organisering, og ulike geografiske og demografiske forutsetninger. Innbyggernes hjelpebehov kan være kortvarige, alvorlige og akutte eller kroniske og langvarige. Det er et mangfold av ulike helse- og omsorgstjenester, som legevakt, hjemmetjenester og rehabilitering, noen tjener ytes i og andre utenfor folks hjem. Det er mange risikoområder for pasient- og brukersikkerheten, som for eksempel overganger, omfattende legemiddelbruk og både digital og analog samhandling.

Kommunene har en særstilling som selvstendig folkevalgt organ og hensynet til det kommunale selvstyre innebærer at når kommunene gis oppgaver, skal det ikke reguleres for mye og for detaljert. De kommunale helse- og omsorgstjenestene har allikevel samme lovkrav om å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet som spesialisthelsetjenesten. Det kan synes som om bevisstheten om konseptet pasient- og brukersikkerhet ikke er like sterk i alle deler av tjenesten.

Alle som mottar og som har behov for tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven, både pasienter og brukere, må inkluderes av pasient- og brukersikkerhetsperspektivet. Sosial ulikhet er en av flere viktige faktorer som har noe å si for tilgangen til helse- og omsorgstjenestene. For å nå målet om færre pasientskader, bør alle relevante aktører inkludere slike perspektiver i pasient- og brukersikkerhetsarbeidet.

Hva har vi av data og informasjon?

NHSaP slår fast at både kommunene og sentrale myndigheter har lite samlet kunnskap om kvaliteten på kommunale tjenester og at det finnes få kvalitetsindikatorer. Kommunene har selv ansvar for å ha oversikt over kvalitet og risiko og treffe relevante korrigerende eller forbedrende tiltak ved behov. De har lokale data og informasjon i sine interne systemer, som for eksempel elektronisk pasientjournal (EPJ) og sykefraværstatistikk, og rapporter også til flere nasjonale registre. Her er det naturlig å nevne KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering), som gir styringsinformasjon for det meste av kommunal og fylkeskommunal virksomhet og KPR (kommunalt pasient- og brukerregister), som inneholder data fra kommunene om personer som har søkt, mottar eller har mottatt helse- og omsorgstjeneste.

Helsedirektoratet har 147 aktive nasjonale kvalitetsindikatorer (et indirekte mål/ pekepinn, som sier noe om kvaliteten på området som måles) tilgjengelige for 2024 på sine nettsider. Indikatorene omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Relevante indikatorer innenfor de kommunale

helsetjenestene gir oversikt over blant annet heltidsansatte ved kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon, innbyggere uten fastlege og døgnskuttinuerlig tilgang til tolketjeneste. Indikatorene må alltid tolkes med varsomhet med hensyn til pasient- og brukersikkerhet.

I 2024 mottok Pasient- og brukerombudet nær 18 000 henvendelser fra befolkningen. En tredel av dem omhandlet kommunal helse- og omsorgstjeneste. Kun 1 prosent omhandler offentlig tannhelsetjeneste. Fastlegjetjenesten, som er den største helsetjenestetypen i Kommune-Norge, troner øverst i hvorfor pasienter og brukere trenger hjelp. POBO rapportere om en økning i antall henvendelser som handler om sykehjem, helsetjenester i hjemmet og omsorgsbolig.

Statsforvalterne og Helsetilsynet har gjennom tilsyn, data i form av varsler, klager, vedtak og tilsynsrapporter god oversikt. Helsetilsynet etterlyser mer data fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, blant annet fra sykehjem og særlig fra hjemmetjenestene (Rapport 2/2025). Der påpekes også behov for at tjenestene har prosedyrer og praksis som sikrer at pasient- og brukervedvirkningen er god nok. Det er også rapportert om alvorlige hendelser i legevakt. Ukom har gjort en oppsummering av funn fra 300 varsler om alvorlige og uønskede hendelser i legevakt. Der er en fellesnevner at alvorlighetsgraden i sakene ikke fanges opp (Om gjentatte henvendelser til legevakt – et risikoområde, Ukom 2024).

Vi har som nevnt lite kunnskap om målene i rammeverket innenfor innsatsområdene. Men KS og kommunene gjennomfører jevnlig en egen medarbeiderundersøkelse (10-FAKTOR), som også er et verktøy for å skape psykologisk trygghet og utvikle hele organisasjonen. En studie av 40 sykehjem i flere kommuner viste tydelige sammenhenger mellom utelatt helse- og omsorgshjelp og ansattes opplevelser av pasientsikkerhetskultur. Lavere skår på sikkerhetsklima var relatert til høyere skår på samtlige områder av utelatte oppgaver. I tillegg var lavere skår på teamarbeidsklima relatert til høyere skår på utelatte oppgaver som omhandlet pleie ved behov og psykososial omsorg.

Det ble også gjennomført fokusintervjuer med en del mellomledere. Å bygge en kultur for åpenhet og læring var et felles mål. Noen ledere arbeidet med dette gjennom å være tett på ansatte og avdelingshverdagen ved å delta aktivt, støtte, veilede og være tilgjengelig. Andre vektla å etablere fellesrom for refleksjon og læring gjennom jevnlig møter og muligheter for etter- og videreutdanning. Bevisstgjøring om oppgaveprioritering, risiko og avvik viktige temaer her. Barrierene for å utvikle en åpen og lærende kultur som lederne nevnte som sentrale var oppgavebelastning, økonomi og tilgang på kompetanse.

Vi har ingen oversikt over i hvilken grad kommunene nyttiggjør seg tilgjengelig data og informasjon til risikostyring og kvalitetsforbedring. Det er likevel naturlig å anta at større kommuner, gjerne med egne analyseavdelinger er mer oppmerksomme på og nyttiggjør seg data og informasjon til risikostyring og kvalitetsforbedring enn mindre kommuner uten samme kompetanse og ressurstilgang.

Helsetilsynet bekrefter også det som står i NHSaP om at det finnes lite samlet kunnskap om kvaliteten på kommunale tjenester på nasjonalt nivå. For å nå målet om færre pasientskader, tar tilsynet til orde for å samle kunnskap på nasjonalt nivå, som kan deles med kommunene og/eller danne kunnskapsgrunnlag for andre nasjonale tiltak for å bistå kommune i å jobbe systematisk med pasient- og brukersikkerhet.

Trygghet og mestring med Integrert helsetjeneste

Integrerte helsetjenester (IHT) til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester er et samarbeid mellom Akershus universitetssykehus, kommuner og fastleger. Formålet er at pasient og pårørende skal oppleve trygghet og mestring gjennom tettere oppfølging og koordinert helsetjeneste. Dette er oppnådd ved etablering av oppfølgingsteam på tvers av tjenestenivå, kartlegging av pasientens behov, mål og risikoområder og opprettelse av individuell behandlings- og oppfølgingsplan. Det er utviklet digitale verktøy som støtter det tverrfaglige teamet i å jobbe smidig og mer effektivt. En slik samordning av

helsetjenester som ytes på tvers av forvaltningsnivåene, gir økt trygghet til pasient og pårørende og mulighet for å tilby skreddersydde tjenester til den enkelte pasient.

Samhandlingsprosjektet startet opp i januar 2020 mellom Akershus. Prosjektet startet i januar 2020 og ble avsluttet og overført til linja i januar 2025. Målet er å spre tjenestemodellen til alle 21 kommuner i helsefelleskapsområdet i løpet av 2026.

Bakgrunn

Mange eldre har sammensatte helseproblemer som krever omfattende og koordinert helsehjelp. Tradisjonelt har helsetjenesten vært fragmentert med lite koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, noe som kan føre til ineffektivitet, gjentakelse av tjenester og utilstrekkelig oppfølging av de mest sårbare pasientene. Dette gir risiko for pasientsikkerheten.

Pasient og bruker er med

Personsentrert tilnærming er sentralt i arbeidet med integrerte helsetjenester. Det er søkelys på pasientens behov og preferanser, og inkludere dem aktivt i beslutningsprosessen om egen helse. Kartleggingsbesøk i hjemmet er en sentral aktivitet i tjenestemodellen. Da deltar pasient, pårørende, sykepleier fra kommunen og sykepleier og lege fra Ahus. I samtalen kartlegges hva som er viktig for pasienten.

Tilgjengeliggjøre og utvikle informasjon om kvalitet i tjenester for eldre

Helsedirektoratet har i 2025 fått i oppdrag å utvikle et dashbord med data og informasjon for å kunne følge med på utvikling og status når det gjelder kvalitet i tjenester for eldre, TB2025-26 Kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre. Oppdraget er både knyttet til å utvikle et brukervennlig dashbord med relevant og god statistikk om kvalitet i tjenester til eldre, samt å bruke eksisterende, samt utvikle nye, indikatorer som kan gi et godt bilde på kvalitet i tjenester for eldre. Oppdraget er høyt prioritert av Helse- og omsorgsdepartementet, og det har derfor vært omfattende aktiviteter i første del av 2025. Det er allerede (primo mai) utviklet en pilot for et brukervennlig dashbord. Det er videre gjennomført omfattende kartlegging og mange innspillsmøter for å identifisere relevante indikatorer for kvalitet i tjenester for eldre, både det som eksisterer i dag, samt der mulighetsrommet må undersøkes videre.

For hver av disse temaene er det konkretisert indikatorer som er vurdert i forhold til om den finnes allerede i dag, om det kan være mulig å utvikle den på kort sikt eller om det i beste fall trengs et vesentlig lengre utviklingsløp. Gjennom arbeidet i dette prosjektet har det altså blitt gjennomført en strukturert prosess for å vurdere hva vi har av data i dag, hva vi burde ha av data og dermed også konkretisert gapet slik vi vurderer det i dag. Det må samtidig påpekes at dette er vurdert inn mot oppdragets tema om kvalitet i tjenester for eldre, i kommunene. For andre brukergrupper i kommunene kan det være andre indikatorer som vil være mer relevante. Behovet for ytterligere indikatorer om kommunale tjenester er derfor trolig større enn det som fremkommer i dette oppdraget.

Tabellen under viser noen av forslagene på nøkkeltall for pasient- og brukersikkerhet fra oppdrag: TB2025-26 Kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre.

Tabell 1. Noen av forslagene på nøkkeltall for pasient- og brukersikkerhet fra oppdrag: TB2025-26 Kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre.

Innhold	Nøkkeltall

Risiko for undernæring	Andel vurdert for risiko for underernæring siste 12 mnd
	Andel av vurderte som har risiko for underernæring
	Andel av vurderte i risiko som har individuell ernæringsplan
Legetilsyn i sykehjem	Gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer
	Andel sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 mnd
Personell	Andel årsverk i helse- og omsorgstjenesten som har helse- og sosialfaglig utdanning
	Andel heltidsansatte innen pasient og brukerrettede yrker i kommunale helse- og omsorgstjenester i institusjon
Fastlege og legevakt	Omfang i bruk av fastlege og legevakt for eldre
	Mangel på fastlege blant eldre
Tannbehandling	Andel sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 mnd
Språk	Bruk av tolk - Innspill om at språk kan være en barriere for pasient- og brukersikkerhet
Fall og fallforebygging	Forekomst av fall blant personer med hjemmebaserte tjenester eller i sykehjem

Arbeidet med å framskaffe nøkkeltall for innsatsområdet er koblet på dette oppdraget. I det følgende har vi gjort en vurdering av status og utviklingsbehov for to relevante nasjonale kvalitetsindikatorer og ett område hvor det foreslås å utvikle bedre innsikt.

Om ernæring

Vi har indikatorer på oppfølging av ernæring for beboere over 67 år i sykehjem og i hjemmetjenesten. Ifølge retningslinjer for å forebygge og behandle underernæring er det krav om å vurdere risiko for underernæring ved innleggelse i helseinstitusjon eller ved oppstart av helse- og omsorgstjenester.

Indikatorene viser at i gjennomsnitt 57 prosent av eldre i sykehjem og 25 prosent av eldre i hjemmetjenesten fikk vurdert risiko i løpet av 2023. Det er store variasjoner i registreringspraksis mellom fylker og kommuner. Av de som er vurdert, er 34 prosent av eldre i sykehjem og 30 prosent av eldre i hjemmetjenester funnet i risiko for underernæring.

Målet med indikatorene er å måle etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen, stimulere til implementering av god ernæringspraksis, og redusere uønsket variasjon i ernæringspraksis både mellom helseforetak, samt mellom helseforetak og kommuner. Det jobbes med å utvikle NKI i spesialisthelsetjenesten og de harmoniserer med den eksisterende NKI for ernæring i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Det er fortsatt et stort gap mellom anbefalinger og praksis, og det er stor uønsket variasjon. Det er behov for tiltak for å styrke systematikk og bedre kompetanse i ernæring blant ansatte i tjenesten for at retningslinjen skal bli implementert og for at flere i risiko blir vurdert og får tilpassede tiltak.

I tillegg til å etablere nye NKI i ernæring i spesialisthelsetjenesten jobbes det med nye tiltak for å styrke det systematiske ernæringsarbeidet og den ernæringsfaglige kompetansen i helse- og omsorgstjenesten gjennom oppdrag i TTB 2025-25 (om ernæringskompetanse). Dette sees i sammenheng med oppfølging av Bo trygt hjemme-reformen og oppdrag om en mer forebyggende helse og omsorgstjeneste.

Om habilitering

Det har vært mangel på oppdatert data og analyser av habilitering i spesialisthelsetjenesten (NPR) og av helse- og omsorgstjenestene i kommunene (KPR). Evalueringen av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) finner at opptrappingsplanen i liten grad har «truffet» habiliteringsfeltet. Evalueringen peker blant annet på

- manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester
- manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- svikt i koordinering av tjenester
- behov for bedre kvalitetsindikatorer

Evalueringen anbefaler styrking av registerdata og forskning innen habilitering og rehabiliteringsfeltet som kan gi kunnskap om tjenestenes omfang, innhold og kvalitet. På bakgrunn av funn i denne rapporten har Riksrevisjonen anbefalt å sørge for bedre kunnskap om de geografiske forskjellene i habiliteringstilbudet, og nødvendige tiltak for å sikre mer likeverdige tjenester.

Vurdering av status vs. behov (gap):

- Utrede behov for flere statistikkvariabler og eventuelt nye rapportering til KPR. Tiltaket blir å foreslå ny rapportering i KPR.
- Utarbeide en oversikt over aktivitet og registreringspraksis i helseforetakene, eksempelvis prosedyrekoder, tilstandskoder og/eller fagområder.
- Identifisere gode kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester

I tildelingsbrev fra HOD (2025 FTB2025-18) får Helsedirektoratet i oppdrag å lage en nasjonal handlingsplan for habiliteringsområdet. Handlingsplanen skal blant annet inneholde videreføring av arbeidet med å forbedre datakvalitet og informasjon innen habilitering.

Om tannhelse

Tannhelse påvirker hele kroppen og god tannhelse forebygger en rekke livsstilssykdommer. POBO er særlig bekymret for at utsatte grupper ikke får nødvendig tannhelsehjelp. Det gjelder eldre, langtidssyke pasienter og brukere, uføre pasienter og brukere i institusjon, pasienter og brukere som har hjemmesykepleie, pasienter og brukere med rusmiddelavhengighet, samt mennesker i Kriminalomsorgen, for eksempel innsatte i fengsler. Asylsøkere med rett til tannbehandling har større risiko for komplikasjoner eller misforståelser fordi det i for liten grad tas i bruk tolk.

God tannhelse bidrar til økt livskvalitet og mulighet til god ernæring for sykehjemsbeboere.

[Sykehjemsbeboere vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder – Helsedirektoratet](#)

Denne indikatoren gir en indikasjon på fylkeskommunenes oppnåelse av en lovpålagt oppgave. Den offentlige tannhelsetjenesten skal gi regelmessig og oppsøkende tilbud til blant andre eldre, langtidssyke, og uføre i institusjon.

I 2023 ble 50 prosent av beboerne på langtidsopphold i sykehjem registrert som vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder. Det er en økning fra 46,6 prosent i 2022 og 42,6 prosent i 2021.

Det var store variasjoner mellom fylkene og mellom kommunene, men ulikheter mellom kommunene viser ikke nødvendigvis bare store forskjeller i tjenestetilbud. Det kan også skyldes underrapportering fra

kommunene. Eksempelvis kan opplysningene være dokumentert i journal, men ikke rapportert til registre. Beboere på sykehjem kan også ha valgt å bruke privat tannlege.

Tannhelsen i Norge er gjennomgående god, men det er fortsatt individer som har store kariesproblemer. [Tannhelse - Helsedirektoratet](#)

Tannhelsetilstanden hos barn og unge gir en indikasjon på om den offentlige tannhelsetjenesten har lyktes med det forebyggende arbeidet slik at disse pasientene oppnår så få og små fyllinger som mulig.

Nasjonale kvalitetsindikatorer innen tannhelse presenterer også nasjonale tall for tannhelsetilstand hos 5-, 12- og 18-åringer. I tillegg publiseres andel undersøkt og behandlet i respektive aldersgruppene.

Via KOSTRA-rapporteringen har SSB andre opplysninger i tillegg, blant annet: [11961: Pasientbehandling i tannhelsetjenesten, etter pasientgruppe, statistikkvariabel, år og region \(ssb.no\)](#)

Antall undersøkt og behandlet blant eldre, langtidssyke og uføre i hjemmesykepleien.

[Skjema 43: Tannhelsetenesta \(ssb.no\)](#) har flere rapporteringspunkter til KOSTRA som kan være aktuelle:

- Punkt 7. Talet på 2-åringar og tilvising frå helsestasjon
- Punkt 10. Den offentlege tannhelsetenesta sine meldingar til barnevernstenesta og føresette
- Punkt 11. Den offentlege tannhelsetenesta og inngåtte samarbeidsavtalar med den kommunale helse- og omsorgstenesta og spesialisthelsetenesta
- Punkt 12. Tannbehandlingar med narkose, talet på behandlingar og ventetid

Digitalisering i kommunal helse- og omsorgstjeneste

De fleste kommunene har et aktivt arbeid med IKT-prosjekter, og aktiviteten har økt blant de minste kommunene [19]. Nasjonal e-helsestrategi (2023–2030) samler hele helse- og omsorgssektoren til en felles retning for digitaliseringsarbeidet. I den nasjonale rådmodellen for e-helse, med deltakelse av alle sentrale aktører i sektoren, følges strategien opp og innsatsområder prioriteres frem mot 2030 både for kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. De nasjonale felleskomponentene på e-helseområdet og de digitale samhandlings-løsningene er høyt prioritert.

Kvalitet og sammenheng i tjenestene er ett overordnet mål i strategien. Pasient- og brukersikkerhet er ikke tematisert spesifikt i e-helsestrategien, men inngår naturligvis i kvalitetsbegrepet. I utvikling og innføring av digitale samhandlingsløsningene er gevinstrealisering og nytte nært knyttet opp til forbedringsarbeidet og pasient- og brukersikkerhet. Digitale innbyggertjenester understøtter pasienter, brukere og pårørende i deres medvirkning i helsehjelpen, og digitale løsninger for helsepersonell muliggjør deling av helseinformasjon med andre og tilgang til informasjon når det trengs i helsehjelpen. Vi kan lese status vedørende innføring av de nasjonale e-helse- og digitale samhandlingsløsningene i omtalen av nasjonal e-helsestrategi, herunder nasjonalt veikart, nasjonal portefølje og digitaliseringsmonitor for e-helseområdet [20].

Den såkalte reseptsaken, som eksempel på risiko

Den 11. juni 2024 ble det varslet om en doseringsfeil i e-reseptkjeden. E-reseptkjeden omfatter hele verdikjeden fra rekvirering av resept til utlevering av legemidler, og er en sentral digital

Samhandlingsløsning med Reseptformidleren som nav. Feilen oppstod som følge av en programmeringsfeil i et elektronisk pasientjournalssystem, som deretter spredte seg til Reseptformidleren og øvrige EPJ- og utleveringssystemer. Feilen medførte at doseringsintervall for legemidler med sjeldnere administrasjon enn daglig (f.eks. ukentlig) ble endret til daglig dosering, noe som i enkelte tilfeller kunne få alvorlige konsekvenser for liv og helse. Feilsøking avdekket at feilen hadde rammet over 6000 e-resepter over en treårs-periode. Det er ikke kjent om feilen har ført til pasienthendelser, men det kan heller ikke utelukkes.

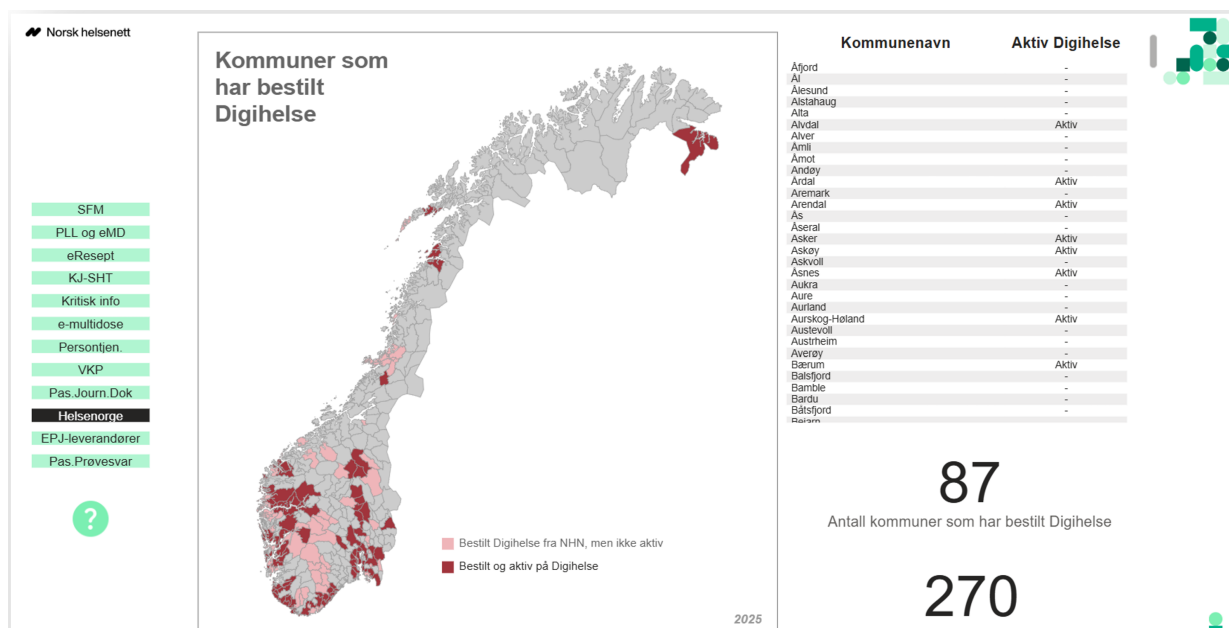
Et konsultentselskap har på oppdrag fra Helsedirektoratet levert en uavhengig [læringsrapport](#). Rapporten avdekket flere svakheter i e-reseptkjeden, spesielt innen kvalitetssikring, pasientsikkerhet og informasjonssikkerhet. En teknisk feil i et av EPJ-systemene kunne ha vært unngått og oppdaget tidligere med bedre test- og valideringsrutiner. Rapporten påpeker også manglende samhandling mellom tekniske og helsefaglige vurderinger. For å unngå lignende feil i fremtiden, er det viktig å forbedre samarbeidet og koordineringen mellom alle involverte i e-reseptkjeden. Dette betyr å jobbe mer helhetlig sammen og ha bedre oppfølging fra myndighetene.

Helsedirektoratet har nå en pågående vurdering av funn og tiltak i læringsrapporten, samt hvilken oppfølging rapporten skal ha for å ivareta pasientsikkerheten og faglig forsvarlighet i e-reseptkjeden og i de nasjonale samhandlingsløsningene.

Raskere gjennomføring og realisering av nytte

I nasjonal helse- og samhandlingsplan om én felles helsetjeneste, finner vi målet om økt bærekraft ved hjelp av teknologi. KS og kommunal sektor har et eget ansvar for å innføre nasjonale e-helseløsninger og digitale samhandlingsløsninger.

Et flertall av kommunene er vurdert som aktuelle for innføringsløp og har mulighet for å delta, men færre er i gang med innføringen. Status som gjelder innføring og bruk fremgår i KS og Norsk Helsennett SF sine oversikter over virksomheter som har bestilt eller tatt i bruk digitale felleskomponenter og digitale samhandlingsløsninger. Dette kildegrunnlaget viser tydelig at mange aktører og virksomheter i 2025 har et betydelig potensial for innføring av teknologi og digitale samhandlingsløsninger [21][22]. Dette er illustrert i figuren under.





Figur 5. Status på innføring av løsningen DigiHelse per mai 2025 (Kilde: Norsk Helsenett SF, fotnote 11)

For å avhjelpe kommunal sektor i dette utfordringsbildet har KS utviklet en fellesmodell for innføring og etablert regionale nettverk for e-helse. I 2024 og 2025 er kommuner som går sammen om innføring av helseteknologier gitt statlig tilskudd gjennom Helseteknologiordningen. Dette er et virkemiddel som er bidrar til økt gjennomføringskraft for innføring og påregnelig nytte av løsningene med relevans for pasient- og brukersikkerheten. Underveisevaluering gjennomført av KS våren 2025 viser gode resultater. Fra 2024 er det påbegynt eller fullført innføringsløp for fire e-helseløsninger: Kjernejournal, DigiHelse, DigiHelsestasjon, og Velferdsteknologisk knutepunkt. Hele 260–270 kommuner har, skal eller deltar i felles innføringsløp [23].

Helseteknologiordningen

Helseteknologiordningen ble etablert i 2024 for å gi målrettede tilskudd til kommuner og fylkeskommuner for å øke innføring av helseteknologi og stimulere kommuner til å gå foran og tilrettelegge for bruk av standarder for digital samhandling. Innføring av journalsystemer, digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi er prioritert. I 2025 har Helsedirektoratet i tillegg etablert en veilednings- og godkjenningsordning for helseteknologier. Særlig anskaffelse og innføring av journalløsninger og digital hjemmeoppfølging er komplekse prosesser som krever kontinuitet i arbeidet over tid. Tilbakemeldingene fra kommunen er at de får større gjennomføringsevne ved hjelp av ordningen. Det er stor etterspørsel etter tilskudd. I 2025 har 79 kommunale og fylkeskommunale samarbeidsprosjekter mottatt tilskudd og over 300 kommuner og fylkeskommuner er nå i gang med tiltak som følge av helseteknologiordningen.

Øke innføringstakten av digitale samhandlingsløsninger i kommunene

Staten og kommunene samarbeider for å øke innføringstakten og bruk av digitale løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Anskaffelse og innføring av digitale innbygger- og helsetjenester er komplekse prosesser som krever tillit og samordning mellom helsevirksomhetene og leverandørene, og kontinuitet og kompetanse i arbeidet over tid. Den semantiske og tekniske samhandlingsevnen (i.e. teknologien muliggjør deling av helseinformasjon mellom systemer og aktører) er per i dag mangelfull i kommunenes fagsystemer (EPJ).

Leverandørene opplever barrierer og manglende insentiver for videreutvikling av fagsystemene. Kommunenes prioriteringer og manglende kompetanse på bestilling av en digital løsning begrenser også innføringstakten.

Helsedirektoratet arbeider for at helsenæringen skal få gode rammevilkår bl.a. gjennom oppdrag om veiledning- og godkjenningsordning for helseteknologier og i forberedelse av helseaktørene på gjennomføringen av EHDS (European Health Data Space)- forordningen fra EU i norsk rett fram mot 2029 [24]. Innføringen av EHDS vil blant annet stille strengere krav til leverandørene om standardisering, interoperabilitet mellom teknologiske løsninger (les: informasjonsutveksling mellom fagsystemer og aktører), samt godkjenningsmekanismer for å tilgjengeliggjøre løsninger i markedet. Disse aktivitetene må sees i sammenheng med kommunenes arbeid med å utvikle og innføre digitale samhandlingsløsninger og bruk av virkemidlene i Helseteknologiordningen.

Forslag til videre innsats

Pasient- og brukersikkerhet er ikke et gjennomgående perspektiv i alle deler av kommunal helse- og omsorgstjenesten eller state of mind and core of our engagement (jf. WHO). Helsemyndighetene anbefales å styrke og utvide perspektivet til å gjelde alle grupper som mottar eller burde ha mottatt tjenester.

Det er stor variasjon i kommunenes oppmerksomhet, ressurser og innsikt i å utnytte data for å styrke pasient- og brukersikkerheten. Vi har begrenset samlet innsikt om målene i rammeverket i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Utvikling av nasjonale nøkkeltall på pasient- og brukersikkerhet vil i hovedsak ivaretas i TB2025-26 Kunnskap om kvalitet i tjenestene til eldre.

Helsedirektoratet skal sammen med Htil, DMP og FHI delta i utviklingen av nøkkeltall og støtte kommunene i å sammenstille og analysere lokale data og styrke pasient og brukersikkerheten.

I tråd med Nasjonal helse- og samhandlingsplan og *Nasjonalt veikart for helsenæringen* [25] foreslår Helsedirektoratet at direktoratet videreutvikler partsamarbeidet med leverandørindustrien. Direktoratet gjennomfører årlige leverandørmøter, og tiltaket innebærer at pasient- og brukersikkerhet settes opp som tema i møtene. Formålet med tiltaket er å sette felles retning for digitaliseringsarbeidet, øke tillit og samordningen mellom helseaktørene, slik at samhandlingsevne og innføringstakten kan økes.

Risiko for skrøpelighet avsløres i datasjø

Helsefellesskapet Agder gjennomførte i 2022 en felles analyse av bruk av helsetjenester hos befolkningen over 65 år. Analysen identifiserte nye kvalitetsindikatorer på tvers av sykehus og kommuner, og flere områder som var aktuelle for forskning.

Sørlandet sykehus og kommunene ønsker nå å utrede sammenslåing av sine respektive data i en felles datasjø. Da kan helsedata på anonymisert nivå, brukes til kvalitetsforbedring, prediksjon og målrettet intervensjon. Videre arbeider gruppen med en større befolkningsintervensjon, og prediktive modeller for målrettede tiltak, alle for å redusere risikoen for skrøpelighet. Det pågår innledende arbeid rundt dette i Helsefellesskapet pt.

Det er også opprettet en forskningsgruppe bestående av forskere fra kommunene i Agder, Sørlandet sykehus, Norce, USHT og Senter for omsorgsforskning. Forskningsgruppen har oversatt WHO sin screening for iboende kapasitet (ICOPE) til norsk, og arbeider med validering av denne i forskjellige populasjoner.

[19] [Digitalisering i kommunene – SSB](#)

[20] [Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren. Veikart og digitaliseringsmonitor.](#)

[21] KS, [Samlet status innføringsløp \(ks.no\)](#) (2025)

[22] Norsk Helsenett SF, [Status på innførte tjenester og bruk av løsninger \(app.powerbi.com\)](#) (2025)

[23] KS (2025). [Evaluering av felles modell for innføring og nettverk e-helse \(ks.no\)](#)

[24] [Europeisk helsedataområde \(EHDS\)](#). Helsedirektoratet (2025)

[25] [Nasjonalt veikart for helsenæringen \(regjeringen.no\)](#) (HOD og ND, 2023)

Innsatsområde psykisk helsevern og TSB

Personer med psykisk lidelser, kombinert med ruslidelser har svært mange og sammensatte behov. De trenger ulike tjenester fra ulike tjenesteytere, og tjenestene må være både fleksible og tilpasset behovene.

Psykisk helse er et av regjeringens viktigste satsingsområder. Det overordnede målet med Opptrappingsplan for psykisk helse er at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Slik innledes Stortingsmelding nr. 23 (2022–2023).

De målene som settes i rammeverk for pasient og brukersikkerhet innen psykisk helsevern og TSB må ses i sammenheng med det helhetlige utviklingsbildet som er etablert i opptrappingsplanen. Det rapporteres særskilt på opptrappingsplanen, både på de åtte resultatmålene og på tiltakene og det er relevant å se dette i sammenheng med rapporteringen på målene i rammeverket. Som et supplement vil denne årsrapporten fremheve noen sentrale NKI-er innen innsatsområdet psykisk helsevern og TSB.

Utvikling og status for målene i Opptrappingsplanen for psykisk helse

De overordnede målene med opptrappingsplanen er som nevnt at flere skal oppleve god psykisk helse og livskvalitet, og at de som har behov for psykisk helsehjelp skal få god og lett tilgjengelig hjelp. Dette skal oppnås gjennom en rekke (omtrent 100) tiltak i et bredt spekter av tjenester og sektorer. For å kunne følge med på utvikling og status i hele planperioden (2023 til 2033) konkretiseres åtte resultatmål som Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere, med bidrag fra andre aktører:

1. Barn og unges selvrapporterte psykiske helseplager er redusert med 25 prosent.
2. Andelen av unge som blir uføre med bakgrunn i psykiske plager og lidelser er redusert.
3. Innbyggere i alle kommuner har tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus.
4. Barn og unge som henvises til psykisk helsevern får tilbud om en vurderingssamtale for avklaring av videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
5. Gjennomsnittlig ventetid til psykisk helsevern skal reduseres og på sikt være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne (PHV), 35 dager for psykisk helsevern barn og unge (PHBU) og 30 dager for tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB).
6. Hindre nedbygging av sengeplasser og sikre at døgnkapasitet i psykisk helsevern er på et nivå som møter behovet for å ivareta barn, unge og voksne med alvorlig psykisk lidelse som har behov for døgnbehandling.
7. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblem har økt levealder, og forskjellen i levealder mellom denne pasientgruppen og den øvrige befolkningen er redusert.
8. Helsepersonell har mer tid til pasienter, brukere og fagutvikling.

Resultatmålene har ikke uten videre vært enkle å konkretisere med dekkende tilgjengelige indikatorer eller statistikker. Men det har nå blitt utarbeidet spesifikasjoner for stort sett alle målene, som benyttes i den første statusrapporteringen i juni 2025 (basert på data for 2023 og ev. 2024). Disse vil danne et startbilde for status for gjennomføring av opptrappingsplanen. For hvert resultatmål er det definert en hovedindikator, og det som vurderes som relevante supplerende data- og informasjonskilder. For eksempel er det for reduksjon i selvrapporterte psykiske plager (mål 1) bestemt at målet skal baseres på Ungdata og med 2011–2013 som referanseår for reduksjonen på 25 prosent. Som supplerende informasjon benyttes data fra Norsk pasientregister for å se på forekomsten av pasienter med registrerte tilstandskoder for psykiske lidelser. Tilsvarende konkrete spesifikasjoner gjelder for de andre resultatmålene.

Flere av resultatmålene innebærer at det må gjennomføres særskilte årlige analyser, da hovedindikatorer i liten grad finnes i løpende statistikk. Resultatmålene vil som navnet indikerer gi et bilde på om effektene av tiltakene og andre forhold bidrar til å nå det overordnede målet med opptrappingsplanen.

Tjenestemodellen "Somatisk helse i farta"

Pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig rus er ofte utførende å nå for helsetjenesten. Mange lever med uoppdaget og ubehandlet somatisk sykdom i tillegg til sine psykiske plager. Pasientgruppen har dårligere helse og dør mellom 15 og 20 år tidligere enn øvrige befolkning.

Akershus universitetssykehus ved DPS Groruddalen, seksjon FACT har startet somatisk kartlegging til alle psykotiske pasienter etter en alvorlig pasienthendelse. FACT er et aktivt oppsøkende behandlingsteam, sammensatt av ansatte fra både bydel og spesialisthelsetjenesten. Ansatte sykler ut i bydelen med utstyr i kurven og tilbyr en somatisk kartlegging der pasienten befinner seg. Somatisk kartlegging skal tilbys minst årlig. Kartleggingen inneholder måling av blodtrykk, puls, vekt og utregning av kroppsmasseindeks (KMI). Det tas blodprøver for måling av blodsukker, kolesterol mm.

Hensikten med oppsøkende virksomhet er bedre å kunne avdekke og forebygge somatisk sykkelighet. Samt sørge for behandling for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og rus.

Brukergruppen uttrykker at det er vanskelig å benytte seg av ordinære tjenester, og denne nye tjenesten er utviklet i dialog med pasientene.

"Somatisk helse i farta" har bidratt til et økt søkelys på at det skal bli tilbudt somatisk kartlegging årlig for pasientgruppen. Arbeidsformen for helsepersonellet er blitt endret. Somatisk kartlegging tilbys nå hjemme og er tilpasset pasientgruppen.

Andelen kartlegginger har økt etter tiltaket. Sykelighet er avdekket og behandling er påstartet for flere av pasientene. Flere pasienter har nå også fått fastlege, og fått en støtteperson på venterommet i FACT teamet med seg ved krevende somatiske undersøkelser. Denne måten å organisere somatisk kartlegging til pasientgruppen på har spredd seg til andre DPSer, og flere er i gang med å utvikle tilsvarende tjenester.

I tillegg til konkrete hovedindikatorer og supplerende data/informasjonskilder for resultatmålene, vil det også årlig vises en del mer generell statistikk for utvikling og status for tjenester innen psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten og psykisk helsearbeid i kommunene. Det er et rimelig godt datagrunnlag for psykiske helsevern gjennom NPR som registerdatakilde. Når det gjelder psykisk helsearbeid i kommunene er datagrunnlaget en del svakere, men noe finnes gjennom f.eks. IS-24/8 Kartlegging av psykisk helse og rusarbeid i kommuner. Men for både psykisk helsevern og psykisk helsearbeid eksisterer det få resultatindikatorer, det meste er knyttet til struktur og prosess. Helsedirektoratet forsøker derfor sammen med blant annet FHI å utvikle kvalitetsindikatorer som kan si noe om resultat og utfall, og som kan inkluderes i systemet for nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI).

Mer om status

Riksrevisjonen reiser sterk kritikk i sin rapport med tittelen «Myndighetene svikter en sårbar gruppe» at HOD og Arbeids- og inkluderingsdepartementet ikke har gjort nok for å sørge for at personer med samtidig ruslidelser og psykiske lidelser får den hjelpen de trenger i form av behandling, aktivitet og oppfølging. De sier videre at samhandlingen mellom tjenestene ikke fungerer etter hensikten. Manglende behandling kan i dette tilfelle ha særlig store konsekvenser både for den enkelte og for samfunnet.

Over 20 prosent av dem som kontakter Pasient- og brukerombudet om psykisk helsevern, gjør det fordi de

har fått avslag på henvisning til spesialisthelsetjenesten. En del av disse får ikke tilbud i kommunen fordi kommunen mangler kompetanse, og pasienten vurderes som for syk til å få hjelp der. Samtidig risikerer pasientene å stå helt uten hjelp når de da blir avvist for behandling i spesialisthelsetjenesten. Andelen henvendelser på grunn av avslag er høyere innenfor psykisk helsehjelp enn alle andre spesialiteter i helsetjenesten.

Selv mord er en tragedie for de berørte og et betydelig samfunnsproblem. Statens helsetilsyn mottar årlig mange varsler fra spesialisthelsetjenesten som omhandler pasienter som har tatt sitt liv eller forsøkt å ta sitt liv mens de har vært under behandling i helsetjenesten. Nesten halvparten av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus det siste år før de døde. Kartleggingssystemet for selvmord (Walby et al., 2023) viser at gjennomsnittlig 21 prosent døde i selvmord innen én uke etter utskrivning fra siste døgnopphold i psykisk helsevern for voksne i perioden 2010–2020 (n =1394). De kunne hatt poliklinisk kontakt i etterkant. I samme periode døde i overkant av 40 prosent i selvmord de første 30 dagene.

Blant personer som utelukkende hadde kontakt med TSB siste år i perioden 2009–2017, hadde 12,8 prosent mottatt døgnbehandling de siste 90 dagene og 38,4 prosent hadde mottatt døgnbehandling det siste året før de døde i selvmord. 61 prosent hadde poliklinisk kontakt de siste 90 dagene og 93,3 prosent hadde hatt poliklinisk kontakt siste året før selvmord. Halvparten av alle selvmordene (n=164) blant personer som kun hadde kontakt med TSB, skjedde i løpet av de første 54 dagene etter siste kontakt (Walby et al., 2020).ee.

I den nasjonale faglige retningslinjen «Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) Planlegging av overganger, utskrivning og oppfølging etter utskrivning» anbefales det at pasienter med selvmordstanker og -atferd bør følges opp med en samtale i løpet av de første 72 timene etter utskrivning fra døgnenhet i psykisk helsevern for voksne. Kontakten bør tas fra utskrivende behandlingsenhet hvis det ikke er etablert avtale med oppfølgende instans. Pårørende til voksne pasienter og foreldre eller andre med foreldreansvar eller daglig omsorg for barn og unge skal, i tråd med gjeldende regelverk, involveres i planlegging av utskrivning, samt få informasjon om hvilken instans de kan kontakte ved behov for akutt hjelp.

Helsetilsynet har gjennomført tilsyn med selvmordsforebygging på DPS-er. Rapporten er ikke publisert, men foreløpige funn viser at symptomer på alvorlig depresjon ikke følges opp, alvorlig depresjon feiltolkes som noe mindre alvorlig, noen pasienter behandles på for lavt omsorgsnivå og overføres for raskt fra akuttavdeling til DPS døgn eller skrives ut for tidlig

En masteroppgave fra 2019 beskriver kultur og læring av uønskede hendelser i psykisk helsevern. Sju førstelinjeledere ved DPS-er, er intervjuet og det går fram at informantene var ensidig opptatt av selvmord som den hendelsestypen de bruker mest tid på å følge opp. Andre typer hendelser opptok dem mindre. På spørsmål om kultur, opplevde ledere kulturen for læring av uønskede hendelser som god, samtidig som de gav uttrykk for at de var usikre på hvordan de ansatte faktisk opplevde kulturen. Usikkerhet var også knyttet til om ansatte følte seg trygge nok til melde, om det var vanskelig å si fra, og om en del var redde for «ubehag med å lage trøbbel».

Faktorer som hemmet en god læringskultur, inkluderte leders arbeidsbelastning og manglende ressurser, flinketskultur og rekrutteringsvansker av fagledere/teamledere. Forfatteren av masteroppgaven reflekterer over at et individperspektiv kan medføre et snevrere syn på hva som er en uønsket hendelse og kan forklare hvorfor ledere oppfattet at det er få læringspunkter etter uønskede hendelser. Konklusjonen ble at «ledere er opptatte av god læringskultur preget av åpenhet og trygghet. Ledere har tanker om hva som fremmer og hemmer en slik kultur, men kulturen er neppe så åpen og trygg som ledere kanskje ønsker seg at den er».

Videre innsats

Pasient- og brukersikkerhetsperspektivet må integreres tydeligere i opptrappingsplanen og virkemidlene i rammeverket må sees i sammenheng med planens tre innsatsområder:

- helsefremmende og forebyggende psykisk helsearbeid
- gode og tilgjengelige tjenester der folk bor
- tilbudet til personer med langvarige og sammensatte behov

Innsatsområdet pasientoverganger

I NHSaP forklares og problematiseres utfordringene med pasientoverganger på følgende måte.

«Pasientoverganger er overganger innad i virksomheter og mellom tjenestenivåer. Det handler både om fysisk forflytting av pasienter, overføring av informasjon og samhandling. Pasientoverganger er et sårbart punkt i pasientforløp, og ble identifisert som en gjennomgående utfordring for pasientsikkerheten i de årlige statusmeldingene til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Både nasjonal og internasjonal forskning bekrefter dette og risikoen øker med antall overganger. Manglende planlegging, kommunikasjon, svikt i informasjonsflyt, mangler i legemiddellister og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer. Utskrivningsprosessen fra sykehus er et risikoområde, spesielt for pasienter som skal følges videre opp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og hvor det eventuelt også bes om kontrolltime hos fastlege innen kort tid. Det er viktig at epikrise sendes ut raskt da kort epikrisetid øker muligheten til å få kontinuitet i behandlingen. Godt innhold i epikrisen kan bidra til god veiledning i det videre forløpet. Pasienter og brukere med store og sammensatte behov og/eller manglende evne til å følge opp egne behov mottar tjenester fra mange ulike deler av helse- og omsorgstjenesten og er særlig avhengige av helhetlig og koordinert helsehjelp. Hvis koordineringen og samhandlingen svikter, vil ansvaret for oppfølgingen ofte havne hos pasienten eller brukeren selv, eller hos pårørende. Dette gir en tilleggsbelastning, og kan både føre til lavere kvalitet på behandlingen og forverring av tilstander som kunne vært forebygget eller behandlet. Mange overganger øker risikoen for at viktig informasjon ikke kommer fram og til fragmentering av helsehjelpen».

Det er stor variasjon mellom pasienter og pasientgrupper når det gjelder omfang på forløp de har i helse- og omsorgstjenester, både når det gjelder i tid og antall tjenesteleverandører de møter. For en del pasienter vil det være forløp som varer i mange år, og det kan også være flere samtidige forløp. Det er som beskrevet i NHSaP godt dokumentert i forskningen utfordringer for pasientsikkerheten ved pasientoverganger, og at dette øker med økende antall overganger.

Det å kunne gi en løpende god og dekkende beskrivelse av utvikling og status som gjelder pasientsikkerhetsrisiko for alle/mange av pasientgrupper vil derfor være umulig. Både fordi det omfatter mange pasientgrupper og det er behov for både kvantitative og kvalitative data for å kunne gi en dekkende beskrivelse. Helsedirektoratet har imidlertid både generelt som følge av sitt brede følge-med ansvar for helse- og omsorgstjenester, men også mer spesifikt som følge av oppdrag i NHSP/NHSaP vedrørende de prioriterte gruppene, utarbeidet flere analyser med ny statistikk om pasientforløp.

Disse analysene har benyttet registerdata fra spesialisthelsetjenesten (NPR) og for de kommunale helse- og omsorgstjenestene (KPR), for både å se på de prioriterte gruppenes volum, samt hvilke tjenester de mottar i forløpet og tiden mellom enkelte tjenester. Helsedirektoratet har konkret utarbeidet en del statistikk for de fire prioriterte gruppene i NHSaP, samt gjennomført ytterligere forløpsanalyser for utskrivningsklare pasienter (omfatter mange eldre med skrøpelighet) og pasienter innen psykisk helsevern.

I forløpsanalysene er det i hovedsak sett på bruk av tjenester etter utskrivning fra døgnopphold i sykehus.

Dette er nærmere beskrevet i rapporter (se [Utskrivningsklare pasienter – utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning - Helsedirektoratet](#), [Forløp etter døgntilrettelagt omsorg i psykiatri og psykiatriske tjenester - Helsedirektoratet](#) og [Forløp etter døgntilrettelagt omsorg i psykiatri og psykiatriske tjenester for barn og unge - Helsedirektoratet](#)).

I analysene er det i stor grad satt søkelys på helsefelleskapenes geografiske områder, ved beskrivelse av grad av variasjon i bruk av tjenester. Analysene viser at det er en god del variasjon mellom helsefelleskapsområdene, og det er god grunn til å tro at variasjonene er større dersom analysene gjøres med kommuner som enhet. De analysene som Helsedirektoratet har gjennomført, gir beskrivelser av bildet slik det ser ut basert på tilgjengelige data, men de gir ikke svar på hvorfor variasjonene er slik de framstår. Dette er vesentlig mer krevende analyser som både må gjøres i stor grad lokalt, i helsefelleskapet eller kommunene, og som vil kreve supplerende informasjon om lokale forhold som kan påvirke tolkningen av variasjonene. I tillegg vil det kreve mer inngående innsikt i datakvaliteten (komplethet, registreringspraksis, sammenlignbarhet m.m.) på det som er benyttet i analysene. For å kunne gjennomføre slike lokale mer dyptgående analyser, vil det både være behov for å øke kompetansen og kapasiteten i bruk av denne type data i mange kommuner, eventuelt styrke kompetansemiljøer som kan støtte særlig små og mellomstore kommuner i denne type arbeid.

Data fra Helsetilsynet og POBO levner også liten tvil om utfordringene med pasientoverganger. Helsetilsynet peker på stadig svikt i samhandling og overganger, særlig for pasienter med komplekse forløp mellom sykehus og de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Rapport 2/2005). Av rapporten går det fram at viktig informasjon ofte ikke følger pasienten gjennom hele forløpet og at viktig informasjon forsvinner mellom ulike journalsystemer. I rapporten pekes det også på ubalanse i maktforholdet mellom helsepersonell på den ene siden og pasienter og pårørende på den andre siden, noe som gjør det vanskelig for pasienter og pårørende å klage/varsle. Varierende grad av kompetanse i hjemmetjenestene øker også risikoen for at viktige opplysninger om pasientens helsetilstand blir fanget opp og videreformidlet. Dette forsterkes av omfattende bruk av vikarer, ansatte i små stillinger og mange ufaglærte.

Pasient- og brukerombudet peker også på at overganger mellom sykehus og kommunale tjenester, mellom ulike sykehus/ sykehusavdelinger eller mellom instanser innad i kommunene som et risikoområde. Der hvor ansvaret for en pasient eller bruker flyttes fra en instans til en annen, innebærer ofte at kommunikasjonen ikke alltid blir som planlagt eller blir forstått på samme måte for de involverte parter.

I sin årsrapport for 2024 skriver de: «Mangelfull samhandling gir utfordringer som usikkerhet om hvem som har ansvar for hvilke oppgaver overfor den enkelte pasient. Noen ganger er resultatet at pasienten ikke får helse- og omsorgstjenester i det hele tatt. Pasienten får ikke informasjon eller mulighet til å påvirke egen helse- og behandlingssituasjon, og pårørende påtar seg omsorgsoppgaver de verken ønsker, har kapasitet eller kompetanse til å ha ansvar for».

Spesielt informasjon om pasientens nåværende status, hva som er planlagt videre, når, og hvilke instanser som skal være ansvarlig for hvilke oppgaver til hvilke tidspunkt har vist seg sårbart i overganger. Deres erfaringer viser at helsetjenesten fortsatt ikke er kommet i mål med å lage gode pasientforløp.

Pasient- og brukerombudet ser også at rollen som koordinator ikke alltid fungerer etter hensikten ([Koordinator i kommunen og spesialisthelsetjenesten – Helsedirektoratet](#)) og foreslår at ordningen evalueres. Det er avgjørende at partene kjenner til hva rollen som koordinator innebærer, og at koordinator får tid og opplæring i innholdet og ansvaret i rollen. POBO har over flere år merket seg at individuell plan brukes i liten grad. Dette er alvorlig da individuell plan og koordinator var ment som grep for å samordne tjenestene og avhjelpe risikoen for pasienter som er avhengig av flere tjenester, fra flere omsorgsnivåer over tid.

Pasient- og brukerombudet ser også en økning i at svært gamle og syke/skrøpelige eldre, med svært korte mellomrom, veksler mellom å legges inn på sykehus, rehabilitering, kommunal akutt døgnplass (KAD), korttidsplass og eget hjem. De stiller spørsmål ved om reinnleggelse som målepunkt i kvalitetsforbedring brukes i kvalitetsforbedringsarbeidet overfor denne pasientgruppen.

Gode pasientforløp

Ansvar for å videreutvikle kvalitet i pasientforløp og overganger ligger hos Helsefellesskapene.

Gjennom opprettelse av Helsefellesskapene har regjeringen og KS inngått en avtale om samarbeid om innføring av helsefellesskap mellom helseforetak og kommuner. Målet med avtalen er å skape mer sammenhengende og bærekraftig helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger behandling fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Status for denne etableringen er beskrevet i en [rapporten «Kartlegging av status for helsefellesskapet» \(ks.no, PDF\)](#). Arbeidet med å forbedre overganger ligger i hver av de 19 Helsefellesskapene og må ledes ut fra lokal og regional kontekst. Rapporten fra KS bekrefter at regionene har kommet ulikt langt i dette arbeidet.

Digitalt samarbeid og gjensidig forståelse

For å sikre og trygge pasientoverganger og styrke samhandling mellom Nordlandssykehuset og kommunene, samarbeider de om å få en felles forståelse av utfordringene og for å utvikle felles løsninger. Pasient-, bruker og pårørende er med på utviklingsarbeidet. Linken eHelselab er den eneste i landet hvor de kan simulere digitale kommunikasjonsverktøy mellom primær og spesialisthelsetjeneste.

Framgangsmåten er blant annet blitt brukt i prosjektet Palliasjon til barn og unge- digital hjemmeoppfølging. Her samles klinikerne for å se på hvordan systemene de har i dag kan forbedre pasientsikkerheten og tjenestene som gis, ved å bruke digital hjemmeoppfølging.

Nordlandssykehuset viser til en ung pasient, med flere alvorlige diagnoser og som bor i kommunal bolig med døgnkontinuerlig bemanning. Pasienten går på skole, med tilpasset oppfølging på dagtid. Oppstarten av digital hjemmeoppfølging har gitt gevinster for både pasienten, ansatte på skolen, spesialisthelsetjenesten og kommunen. Pasienten har hatt færre innleggelser. Skoletjenesten har fått hjelp til å journalføre viktige hendelser og føler seg tryggere i avgjørelser. Kommunen har fått bedre veiledning i pasientens oppfølging.

Status på det vi gjør

I Helsedirektoratet arbeides det nå med å utrede en felles metode for vurdering av funksjon og skrøpelighet av pasienter/brukere på tvers av tjenester og nivå (TB2024 og rapport til HOD i desember 2024). Inneværende år fortsetter arbeidet med å vurdere og ta i bruk Clinical frailty scale (CFS) som en felles metode på tvers av nivåer, og hvordan vurderingen kan deles via digitale samhandlingsløsninger. Mange sykehus og kommuner har tatt det i bruk, men i ulikt omfang og systematikk. Helseplattformen jobber med å få på plass funksjonalitet, slik at CFS-skår kan dokumenteres, deles og følges med på.

Informasjon og data om skrøpelighetsnivå er viktig for å vurdere riktig behandling og oppfølging av eldre med skrøpelighet i både sykehus og i kommune.

Tverrfaglig oppfølgingsteam, er en arbeidsform på tvers av tjenester og nivå, som står beskrevet i [Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld.St. 26 \(2014 - 2015\) \(regjeringen.no\)](#) og [Prop.1S \(2016-2017\) \(regjeringen.no\)](#).

Det ble gjennomført en pilot i fire kommuner over en femårsperiode og piloten ble evaluert [26]. Evaluaton anbefaler ulike tiltak, men viser også til at det er krevende å implementere en slik arbeidsform på tvers av tjenester, sektorer og nivå. Det eksisterer kvalitetsindikatorer og registrering på koordinator og individuell plan, men erfaringen er at det er manglende registrering og usikre tall.

Digital samhandling og informasjonsdeling i overganger og pasientforløp

Utfordringsbildet i 2025 om mangler i informasjonsdeling og tilgjengeliggjøring av data i helse- og omsorgssektoren, kommer frem i Helsetilsynets rapport om innmeldte alvorlige hendelser for perioden 2020-2024 [27]. Sammenholder man disse funnene med årsmeldingene fra pasient- og brukerombudene, erfaringer fra Norsk Pasientskadeerstatning og tilleggskunnskap fra helsesektoren, gir dette en betydelig støtte til at man gjennom digitalisering og digitale samhandlingsløsninger kan understøtte pasient- og brukersikkerhetsområdet.

Mangler i en sikker og effektiv informasjonsdeling, kan fra disse kildene beskrives som:

- Informasjonsdeling i sammenheng med diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter, bruker og pårørende kan svikte i ulike sammenhenger.
- Det påpekes risiko for svikt i informasjonsdeling i ansvarsoverganger mellom 1. og 2. linjetjenesten og internt mellom virksomhetene på samme nivå.
- Relevant informasjon er ikke tilgjengelig eller deles ikke best mulig i oppfølging av pasienter og pårørende, når det skjer feil og alvorlig svikt.
- Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har store utfordringer. Kommunene har journalsystemer som verken i tilstrekkelig grad støtter personellet i arbeidshverdagen, eller gir en tilfredsstillende deling av helseopplysninger. Nødvendig tilgang til data for kvalitetsarbeid og styring er heller ikke i tilstrekkelig grad til stede for å utvikle helse- og omsorgstjenesten i kommunen og ledelse av disse tjenestene.

For å gi best mulig helsehjelp, er det en forutsetning at relevante og nødvendige helseopplysninger følger pasienten gjennom hele pasientforløpet. Digital samhandling betyr at relevant informasjon flyter raskt og sikkert fra en del av helsetjenesten til en annen. Et av de viktigste arbeidsverktøyet for helsepersonell i den forbindelse er elektronisk pasientjournal (EPJ). Helse- og omsorgstjenesten samarbeider mer og mer om felles EPJ. Helseplattformen i Midt-Norge og konsolidering av DIPS Arena i de øvrige helseregionene er eksempler på dette, og vi ser den samme trenden i kommunene. Denne utviklingen gjør at informasjonen helsepersonell har behov for i økende grad er tilgjengelig i EPJ. På noen områder er det behov for å dele helseinformasjon på tvers av ulike EPJ-er. Dette gjelder spesielt i ansvarsovergangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og når pasientforløpene går på tvers av geografisk ansvarsområder. Deling gjøres da som meldingsutveksling, dokumentdeling og datadeling i helsenettet. Norsk helsenett SF fungerer som en tiltrodd tredjepart og bidrar til trygg og effektiv digital samhandling.

Innføring av og bruk av digitale samhandlingsløsninger er et sentralt tiltaksområde fra regjeringens side for å tilgjengeliggjøre helseinformasjon i EPJ. Helse- og omsorgsdepartementet har fastsatt mandat for tiltakene pasientens legemiddelliste, pasientens prøvesvar, pasientens journaldokumenter, pasientens kritiske informasjon, pasientens måledata, MyHealth@EU 2025 og digitalt helsekort for gravide [28]. Helsedirektoratet har i oppdrag å følge opp disse i nært samarbeid med relevante aktører. Satsingen på digital samhandling gjennomføres i perioden fram til 2029. Status, plan for utprøving og innføring, kostnad/nyttevurdering, måling og evaluering av tiltakene er nærmere beskrevet på hjemmesidene til Helsedirektoratet [29]. Disse tiltakene må ses i nær sammenheng med Helseteknologiordningen som er omtalt tidligere.

En nylig kunnskapsoppsummering fra Nasjonalt senter for e-helseforskning viser til effekter og erfaringer av digital samhandling i helse- og omsorgssektoren. Litteraturgjennomgangen viser bl.a. at tilgang til informasjon om pasienten kan bidra til tryggere og bedre behandling av pasienten og er spesielt nyttig i akutsituasjoner og for pasienter som er sårbare eller har kroniske sykdommer. En delt medisinsliste gir tilgang til oppdatert informasjon og kan redusere feil. E-konsultasjoner har vist seg å være en effektiv metode for å forbedre tilgjengelighet til helsetjenester, redusere kostnader og spare tid for ulike pasientgrupper og diagnoser[30]. Disse funnene er i tråd med erfaringer vi har mottatt fra tjenestene, der spesielt nytten av digitale samhandlingstjenester som pasientens legemiddelliste, pasientens kritiske informasjon og pasientens journaldokumenter trekkes frem.

Gevinstrealisering og nytte – felles datagrunnlag

Helsedirektoratet har oppdrag under de digitale samhandlingstiltakene om å måle og evaluere alle tiltakene (unntatt løsningen Kritisk Informasjon). De nye tjenestene som etableres vil gradvis gi oss et mer omfattende datagrunnlag vi kan benytte i analyser, vurderinger og tjenesteutvikling. Oslo Economics påpeker i en rapport til Direktoratet for e-helse i 2023 at det er mangelfulle analyser og datagrunnlag for å vurdere nytte og gevinster for det eksisterende nasjonale e-helseløsningene (kjernejournal, e-resept m.v.) [31]. Helsedirektoratet er i dag dataansvarlig for Kjernejournal og e-resept, og har som mål å skaffe til veie et bredere datagrunnlag fremover.

Datagrunnlag fra digitale samhandlingstjenester, vil sammen med data og andre kilder fra FHI, DMP og Helsetilsynet, vil gi et bedre statistikkgrunnlag for sentral helseforvaltning i deres følge-med rolle på området og bidra til relevante styringsdata for virksomhetene i helse- og omsorgssektoren (e.g. informasjonsinnhold i aktuelle tjenester; innføring/ tilgjengelig-gjøring av løsninger for innbygger og helsepersonell; produksjon av informasjonsinnhold i løsningene og konsum av informasjon i løsningene m.m.).

Hvordan komme videre

Pasientoverganger er en sammensatt og kompleks utfordring. Her må samordningsorganet legge bedre til rette for nasjonal samordning, slik at digitale samordningsløsninger bidrar til at målene i rammeverket kan nås av tjenestene. Innsatsen må også rettes mot å:

- Øke bevisstheten i tjenestene om hvilken risiko pasientoverganger innebærer, herunder bruk av digitale samhandlingsløsninger.
- Skaffe oversikt over de områdene vi vet minst om, først og fremst ved å analysere og sammenstille tilgjengelige data fra ulike kilder, f.eks. fra tilsyns- og undersøkelsesrapporter.
- Kommunisere tydelig at alle involverte aktører har et felles ansvar for å ta i bruk virkemidler som reduserer risiko i overgangene.

[26]

<https://www.sintef.no/prosjekter/2018/evaluering-av-forsok-med-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam/>

[27] Helsetilsynet. [Rapport 2/2025 \(helsetilsynet.no\)](#). Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring.

[28] Helse- og omsorgsdepartementet (2025). [Digital samhandling og nasjonale e-helseløsninger \(regjeringen.no\)](#)

[29] Digital samhandling. [Helsedirektoratet 2025](#)

[30] Nasjonalt senter for e-helseforskning (2025). [Kunnskapsoppsummering \(ehealthresearch.no\)](#) om effekter av digital samhandling

[31] Oslo Economics (2023). [Kunnskapsoppsummering: Bruk og nytte av e-helseløsninger \(osloeconomics.no\)](#)

Innsatsområde riktig legemiddelbruk

Legemidler spiller en viktig rolle i en moderne helsetjeneste. I 2023 ble det solgt legemidler til human bruk for totalt 27,2 milliarder kroner (apotekenes innkjøpspris – AIP), en økning på 6 prosent fra året før. Over tid har det vært en jevn økning i totalsalget målt i definerte døgndoser (DDD), i 2023 var antall DDD 3,3 prosent høyere sammenliknet med året før.

Legemiddelbruken drives blant annet av en aldrende befolkning, og økende bruk av legemidler som metode for forebygging og behandling av kroniske lidelser. Når pasienter bruker flere legemidler fast, øker risikoen for uhensiktsmessig og skadelig bruk.

Oppfølgingsarbeidet med pasientskader i norske somatiske sykehus viser at legemiddelrelaterte pasientskader har vært den hyppigste årsaken til skader i norske sykehus hvert år i perioden 2019–2023. Omfanget av legemiddelrelaterte skader i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er ikke kjent, men forskning viser at 5–20 prosent av alle sykehusinnleggelseser er forårsaket av uhensiktsmessig legemiddelbruk. Det tidligere Direktoratet for E-helse beregnet at dette koster norske sykehus ni milliarder kroner årlig. Direkte følger av skadene for pasienter og pårørende er ikke en del av denne kostnaden.

For å få ned forekomsten av legemiddelrelaterte pasientskader lanserte regjeringen «Riktig legemiddelbruk» som et eget prioritert nasjonalt innsatsområde i Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Helsedirektoratet fikk oppdraget med å utarbeide, følge opp og koordinere en gjennomføringsplan for riktig legemiddelbruk med status, mål og prioriterte tiltak for å følge opp dette målet.

Dette innsatsområdet er sammenfallende med Helsedirektoratets oppdrag om å koordinere innsatsområdet riktig legemiddelbruk gjennom utarbeidelse av en nasjonal plan for riktig legemiddelbruk. Måling er et viktig tema i planen, og vil utvikles i tråd med leveranser som er avtalt for dette oppdraget. Innspill fra aktører er en del av prosessen.

Innspillet til første rapport for pasientsikkerhetsrammeverket representerer første utkast til måling på riktig legemiddelbruk og inneholder fire målingsområder, med tematiske underpunkter. Det beskrives mangler og tiltak ved at hvert underpunkt har disse underoverskriftene tilknyttet:

- kilder, status og beskrivelse
- manglende data og informasjon
- vurdering av status og mangel (gap)
- hvilke tiltak bør gjennomføres for å dekke gapet

Manglende innhold under underoverskriftene følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Det er gjort en skjønnsmessig vurdering av status for hvert tematisk underpunkt som beskrives kort som:

- god oversikt/ubetydelige mangler

- noe oversikt/betydelige mangler
- manglende oversikt/store mangler

Tromsø kommune med helhetlig plan for god legemiddelhåndtering

For å sikre trygg og forsvarlig legemiddelhåndtering i kommunen, samt oppfølging av legemiddelbruken til pasienter og innbyggere, trengs det en systematisk og helhetlig tilnærming. Kvalitetsplanen for legemiddelhåndtering er selve hjørnesteinen i dette arbeidet. Gjennom årlige egenrevisjoner og kvalitetsindikatorer sikres det at lederne har oversikt over sitt ansvar og sine oppgaver. Den tilhørende ROS-analysen av legemiddelhåndtering avdekker konkrete risikoområder, og gir lederne et tydelig bilde av hvor sårbarhetene ligger, og hvor innsatsen må rettes.

Kommunefarmasøyten har en sentral rolle som brobygger og kvalitetsdriver for å omsette funnene fra kvalitetsarbeidet til praktiske forbedringstiltak. Rollen favner alt fra rådgivning og revisjoner til undervisning og samhandling med andre aktører som fastleger, apotek, spesialisthelsetjeneste og universitet.

Trygg og effektiv legemiddelbruk er avhengig av god informasjonsflyt og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og mellom kommunen og fastleger. Kommunene har tatt flere grep for å styrke fastlegetjenesten, noe som er viktig for å sikre tid og kapasitet til oppfølging av pasientens legemiddelbehandling. Dette inkluderer legemiddelgjennomganger og samhandling med kommunens kliniske farmasøyter, sykepleiere og øvrig helsepersonell.

Det prisbelønte prosjektet med [farmasøyt i hjemmetjenesten \(utviklingssenteret.no\)](https://utviklingssenteret.no) viser hvordan tett oppfølging av pasienter i eget hjem kan styrke trygg legemiddelbruk i praksis. Ved å koble farmasøytisk kompetanse direkte til tjenesten, er det mulig å identifisere feil og uheldige kombinasjoner i legemiddellistene som ofte oppstår i overgangene mellom nivåene. Dette tiltaket viser hvordan farmasøyten kan bidra til både direkte pasientsikkerhet og indirekte kompetanseheving hos helsepersonell. Farmasøyter er nå en fast del av alle hjemmetjenestene i Tromsø.

Målingsområde 1: forekomst av legemiddelrelaterte pasientskader

Legemiddelrelaterte pasientskader i somatiske sykehus

En skjønnsmessig vurdering av status er at det mangler data innenfor dette målingsområdet. Legemiddelrelaterte pasientskader av alle alvorlighetsgrader har så lenge overvåkingen av pasientskader med Global Trigger Tool (GTT) i somatiske sykehus har pågått i Norge ligget i toppen av de skadetypene som måles.

Ekspertgruppen for GTT i Norge rapporterer at de legemiddelrelaterte skadene svært sjelden handler om feil i istandgjøring og utdeling av legemidler på sykehusene. Skadene er i hovedsak forårsaket av bivirkninger, allergier og legemiddelreaksjoner. Alvorlighetsgraden på skadene er i hovedsak innenfor de mindre alvorlige kategoriene (E og F).

Populasjonen i GTT-målingene dekker 17 helseforetak og fem private sykehus. Funnene er basert på et begrenset uttrekk av tilfeldig valgte pasientjournaler og dekker samlet sett 1,3 prosent av alle sykehusoppholdene. Det er følgelig usikkert hvor representativt utvalget for forekomsten av legemiddelrelaterte pasientskader i somatiske sykehus.

Oversikt over manglende data og informasjon, vurdering av status og mangler samt forslag til tiltak for å lukke gapet følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Legemiddelrelaterte pasientskader i psykisk helsevern

En skjønnsmessig vurdering av status er at det er manglende oversikt/store mangler på data innenfor dette målingsområdet. Vi har i dag ingen nasjonal oversikt over forekomsten av legemiddelrelaterte pasientskader i psykisk helsevern

Oversikt over manglende data og informasjon, vurdering av status og mangler samt forslag til tiltak for å lukke gapet følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Legemiddelrelaterte pasientskader i primærhelsetjenesten og befolkningen

En skjønnsmessig vurdering av status er at det er manglende oversikt/store mangler på data innenfor dette målingsområdet. Vi har i dag ingen nasjonal oversikt over forekomsten av legemiddelrelaterte pasientskader i primærhelsetjenesten og befolkningen. Forskning viser en forekomst mellom 5 og 20 prosent.

Oversikt over manglende data og informasjon, vurdering av status og mangler følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Hvilke tiltak bør gjennomføres for å dekke gapet? Det finnes noen koder i ICD-10 som på bruker legemidler ser det ut som, som Y10-34 og X60-84. Kodeveiledningen fra Helsedirektoratet tilsier at dette skal kodes og rapporteres til Norsk pasientregister (NPR) med bruk av koder fra i ICD-10. Det er uklart hvordan kodingen benyttes og om komplettheten i NPR. Foreløpige analyser indikerer kvaliteten på kodingen ikke er komplett. Et mulig tiltak er forbedre kvaliteten på dette i NPR. Dette ville gitt en bedre nasjonal oversikt over legemiddelrelaterte pasientskader oppstått i primærhelsetjenesten og befolkningen.

Målingsområde 2: Kvalitet i ordineringen av legemidler

Samtidig bruk av mange legemidler (polyfarmasi)

En skjønnsmessig vurdering av status er at det mangler data innenfor dette målingsområdet. Behandling med mange legemidler samtidig (polyfarmasi) er assosiert med oversykelighet og overdødelighet hos eldre6. Polyfarmasi øker risiko for interaksjoner mellom legemidlene som kan resultere enten i sterkere effekt enn forventet, eller at en terapeutisk effekt blokkeres eller svekkes. Polyfarmasi øker også risiko for at legemidlene tas feil av pasienten eller at det skjer legemiddelfeil når helsetjenesten har ansvaret for pasientens legemiddelhåndtering. Polyfarmasi er et målområde for innsatsområde Riktig legemiddelbruk. Vi har ingen nasjonal oppfølging av forekomsten av polyfarmasi i befolkningen

Oversikt over manglende data og informasjon, vurdering av status og mangler følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Hvilke tiltak bør gjennomføres for å dekke gapet? Det finnes forskning om bruk av enkeltlegemidler, og i noen grad bruk av flere legemidler til behandling av en enkelt sykdom eller lidelse. Det finnes det lite forskning på nytte risiko ved polyfarmasi. Mer forskning er nødvendig.

Nasjonale kvalitetsindikatorer – legemidler til eldre fra allmennlege

En skjønnsmessig vurdering av status er at vi har noe oversikt over dette målområdet:

Legemidler med betydelig antikolinerg effekt til eldre fra allmennlege

Antikolinerge legemidler er legemidler som hemmer den parasympatiske delen av nervesystemet. Legemidlene brukes blant annet til behandling av Parkinson sykdom, inkontinens, kvalme, depresjon, psykose, allergi og kløe. Mange legemidler med antikolinerg effekt har utilsiktet virkning utover den primære tilsiktede virkningen. Disse bivirkningene kan være svimmelhet og økt falltendens, tretthet, uro, obstipasjon, urinretensjon, tåkesyn, munntørrhet med karies og periodontitt. Det kan også medføre alvorlige tilstander som svekket kognisjon, forverring av demens, delirium og hjertearytmier.

Eldre er særlig utsatt for uheldige bivirkninger av legemidler med antikolinerg effekt. Aldersrelaterte fysiologiske forandringer påvirker hvordan legemidlene omsettes i kroppen, og kan blant annet føre til at samme dose legemidler gir høyere konsentrasjon av virkestoffer hos eldre enn hos yngre pasienter. Aldersrelaterte forandringer kan også føre til at legemidlene har lengre halveringstid og gir økt risiko for at de opprinnelige plagene blir forverret ved seponering. De antikolinerge legemidlene har ulik grad av antikolinerg effekt. Økt grad av antikolinerg effekt øker risiko for bivirkninger.

Indikatoren viser hvor stor andel av den eldre befolkningen (≥ 65 år) som fått utlevert minst én resept på legemidler med betydelig antikolinerg effekt på apotek, etter resept fra allmennlege. Det er en nedadgående trend i ordinerings av antikolinergika til eldre fra allmennlege. Fylkesvise forskjeller viser at det kan være rom for ytterligere forbedring av ordineringskvaliteten.

NSAIDS til eldre fra allmennlege

Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) er ikke-steroidholdige antiinflammatoriske legemidler. NSAIDs er betennelsesdempende og benyttes ved smertetilstander der symptomer som hevelse, ømhet, rødhet og bevegelsesinnskrenkning er betydelige.

NSAIDs har alvorlige bivirkninger som blødningstendens, økt risiko for magesår og gastrointestinale blødninger, og er assosiert med økt forekomst av trombotiske kardiovaskulære hendelser. Bivirkninger av NSAIDs er årsak til en betydelig andel sykehusinnleggelser og dødsfall.

Aldersrelaterte endringer i legemiddelmetabolismen, i tillegg til hyppig forekomst av komorbiditet og polyfarmasi, gjør eldre særlig utsatt for uheldige bivirkninger av NSAIDs. Eldre, de med hjerte/kar risiko, nedsatt nyrefunksjon og de som bruker ACE-hemmere, Angiotensin II-reseptorblokkere (ARBs) og diuretika, er spesielt utsatt. Det bør unngås å rekvirere NSAIDs til eldre uten at det foreligger spesifikk grunn, og risiko for bivirkninger er vurdert.

Indikatoren viser hvor stor andel av den eldre befolkningen (≥ 65 år) som har fått utlevert minst én resept på NSAIDs (Ikke-steroid antiinflammatoriske midler) på apotek, etter resept fra allmennlege. Det er en nedadgående trend i ordinerings av NSAIDs til eldre fra allmennlege. Fylkesvise forskjeller viser at det kan være rom for ytterligere forbedring av ordineringskvaliteten.

Vanedannende til eldre fra allmennlege

Barbiturater, benzodiazepiner, benzodiazepinlignende legemidler, cannabinoider, gammahydroksybutyrat, klometiazol, opioider, pregabalin og sentralstimulerende legemidler er reseptpliktige legemidler med rus- og avhengighetspotensiale. De er kategorisert i reseptgruppe A og B og omfattes av begrepet vanedannende legemidler som brukes i veilederen. De brukes i behandlingen av pasienter med somatiske helseplager, psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer og avhengighet. Brukt på riktig indikasjon og anbefalt måte kan vanedannende legemidler være til stor nytte for pasientene.

Annen bruk kan medføre uheldige konsekvenser som redusert effekt, skadelig bruk, avhengighetssyndrom eller til ulovlige formål som bruk i rusøyemed.

Indikatoren viser hvor stor andel av den eldre befolkningen (≥ 65 år) som har fått utlevert mye vanedannende legemidler på apotek, etter resept fra allmennlege. Indikatoren måler også andel eldre som har fått minst utlevert én resept på vanedannende, og utlevering av mye legemidler for fire undergrupper av vanedannende legemidler separat. Det er en nedadgående trend i ordineringskvaliteten av vanedannende legemidler til eldre fra allmennlege. Fylkesvise forskjeller viser at det kan være rom for ytterligere forbedring av ordineringskvaliteten.

Manglende data og informasjon

Datakilden til de nasjonale kvalitetsindikatorer nevnt ovenfor er Legemiddelregisteret hos Folkhelseinstituttet. Ordineringskvaliteten i institusjon, som sykehus og sykehjem, er ikke inkludert i registeret i dag.

Vurdering av status og mangel (gap)

Mer kunnskap om ordineringskvaliteten av antikolinergika, NSAIDs og vanedannende til eldre i institusjon er en mangel på nasjonalt nivå.

Hvilke tiltak bør gjennomføres for å dekke gapet?

Legemiddelbruk i institusjon må inkluderes i Legemiddelregisteret.

Nasjonale kvalitetsindikatorer – antimikrobielle legemidler

Flere nasjonale kvalitetsindikatorer følger opp rekvirering av antibiotika.

Antimikrobielle legemidler er svært viktige for behandling av infeksjoner hos mennesker og dyr. Bruken av antimikrobielle legemidler må ta hensyn til risiko for resistensutvikling hos sykdomsfremkallende mikroorganismer. For å lykkes med dette kreves særskilt årvåkenhet og oppfølging på tvers av sektorer nasjonale og internasjonalt. I Norge følges bruken av antimikrobielle legemidler opp i tråd med Nasjonal en-helse-strategi mot antimikrobiell resistens

Målingsområde 3: Legemiddelgjennomgang (LMG)

En skjønnsmessig vurdering av status er at vi har noe oversikt over dette målområdet

Legemiddelgjennomgang i sykehjem

Nasjonale kvalitetsindikatorer – legemiddelgjennomgang i sykehjem

Legemiddelgjennomgang skal gjennomføres årlig for pasienter over 67 på langtidsopphold i sykehjem

(legemiddelhåndteringsforskriften §5a) Det er fylkesvise forskjeller i gjennomføringen, som indikerer rom for forbedring.

Manglende data og informasjon

Effekten av legemiddelgjennomganger henger sammen med vurderingene som gjøres om nytte/risiko for hvert enkelt legemiddel og alle legemidlene. Indikatorene på forekomst av gjennomføring av legemiddelgjennomganger i sykehjem og hos fastlege sier ikke noe om kvalitet i gjennomføringen.

Vurdering av status og mangel (gap)

Kvalitet i gjennomføringen av legemiddelgjennomganger må sees i sammenheng med nytte-risiko-vurderinger av enkeltlegemidler og av den samlede legemiddelbehandlingen (se polyfarmasi)

Forslag til tiltak for å lukke gapet følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Legemiddelgjennomgang hos fastlege

En skjønnsmessig vurdering av status er at vi har noe oversikt over dette målområdet.

Fastlege skal gjennomføre legemiddelgjennomgang ved medisinsk behov hos pasienter som bruker fire eller flere legemidler (fastlegeforskriften §25). Oppfølging kan følges nasjonalt gjennom taksten som er innført for denne oppgaven (2ld). Det er overlappt mellom tidstakst og takst for legemiddelgjennomganger (mer hos Folkehelseinstituttet her).

Manglende data og informasjon

Effekten av legemiddelgjennomganger henger sammen med vurderingene som gjøres om nytte/risiko for hvert enkelt legemiddel og alle legemidlene. Indikatorene på forekomst av gjennomføring av legemiddelgjennomganger i sykehjem og hos fastlege sier ikke noe om kvalitet i gjennomføringen.

Vurdering av status og mangel (gap)

Kvalitet i gjennomføringen av legemiddelgjennomganger må sees i sammenheng med nytte-risiko-vurderinger av enkeltlegemidler og av den samlede legemiddelbehandlingen (se polyfarmasi)
Forslag til tiltak for å lukke gapet følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Målingsområde 4: Ordinerings- og rekvireringsavvik

En skjønnsmessig vurdering av status er at vi har noe oversikt over dette målområdet

Legemiddelgjennomgang hos fastlege

Det stilles krav til informasjon som skal følge med ordinerings og rekvireringen av legemidler for å sikre forsvarlig legemiddelbruk: Legemiddelhåndteringsforskriften §3 g15 og Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler mm kapitler 4 og 516

Disse elementene skal følge med ordinerings og rekvireringen:

- virkestoff (og eventuelt produktnavn)
- legemiddelform
- styrke
- dosering
- varighet av behandlingen
- bruksområde/indikasjon
- administrasjonsmåte der det ikke entydig kommer frem av legemiddelform
- spesielle merknader der dette er relevant, for eksempel:
- behov for manipulering før inntak, for eksempel at tablett skal knuses
- om legemidlet skal gis på en særskilt måte, for eksempel i sonde
- om legemidlet skal tas i forbindelse med måltider eller ikke

Det er kjent at det forekommer avvik i implementeringen av forskriftskravene til ordinerings og rekvirering. Seneste nasjonale oppmerksomhet rundt temaet er avvikshendelsen i e-reseptkjeden sommeren 2024. Det er publisert en [læringsrapport](#) som oppsummerer hendelsen.

Manglende data og informasjon

Det er i dag ingen felles oppfølging av dette på nasjonalt nivå. Det er behov for å samordne oppfølgingen av avvik i ordinerings og rekvirering for å sikre sammenheng med pasientsikkerhetsarbeidet og datakvalitet i Reseptformidleren og i e-reseptkjeden.

Forslag til tiltak for å lukke gapet følges opp i Helsedirektoratets oppfølging av innsatsområde riktig legemiddelbruk det videre oppdragsarbeidet.

Innsatsområdet helsetjenesteassosierte infeksjoner

Undersøkelser gjennom Global Trigger Tool viser at helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er blant de hyppigst forekommende pasientskadene i norske sykehus (REF). Til tross for dette er det begrenset informasjon om HAI i Norge. Kunnskap om de fire antatt hyppigst forekommende HAI i norske sykehus og sykehjem kommer fra manuelt gjennomførte punktprevalensundersøkelser, som gjennomføres to dager i året. Disse undersøkelsene gir nyttig data nasjonalt og viser at omtrent 1 av 30 pasienter i norske sykehus og beboere i sykehjem har en HAI på undersøkelsesdagen [32].

Norske sykehus gjennomfører i tillegg til punktprevalensundersøkelser kontinuerlig insidensovervåking av infeksjoner i operasjonsområdet for tre ulike typer kirurgiske inngrep (NOIS-POSI). Manuelle overvåkingssystemer er svært ressurskrevende og FHI har varslet at NOIS-POSI ikke vil bli videreutviklet.

Behovet for data og informasjon

Data fra prevalensundersøkelsene er ikke egnet til forbedringsarbeid lokalt. Det er få pasienter og beboere i de enkelte institusjoner, derfor vil tilfeldige svingninger gjøre tolkning og bruk av data i den enkelte helseinstitusjon vanskelig. For å bedre pasientsikkerheten, redusere behovet for antibiotika og redusere forekomsten av antibiotikaresistens, er det viktig å styrke overvåkingen av HAI.

For å møte behov om mer data om HAI, uten å øke rapporteringsbyrden i helsetjenesten, har Helse- og omsorgsdepartementet i strategier og handlingsplaner løftet behov for å utvikle nye overvåkingssystemer ved koble og gjenbruke kliniske data som finnes i ulike registre[33].

Dette ble gjort under pandemien gjennom pandemiregisteret Beredt C-19, noe som sørget for daglig oppdatering om HAI-Covid-19 blant pasienter/beboere og ansatte i helseinstitusjoner.

«Fakta på bordet» om gode smittevernrutiner

HAI kan føre til helseutfordringer for pasienter og økte kostnader for sykehus eller annen helseinstitusjon. Folkehelseinstituttet (FHI) antar at mer enn halvparten av helsetjenesteassosierte infeksjoner kan forebygges.

Sørlandet sykehus HF (SSHF) startet i januar 2023 å kartlegge smittevernrutiner ved bruk av det nettbaserte verktøyet NOST. De observerte to avdelinger per lokasjon. Sykehuset satt søkelys på bruk av håndsmykker, håndhygiene, hanskebruk og verneutstyr.

Andelen infeksjoner (urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet, og hud- og sårinfeksjoner) blant pasienter på sykehus var 3,4 prosent på landsbasis i november 2023. Sørlandet sykehus hadde en andel på 2.1 i november 2023. Det er usikkert om resultatene skyldes kartlegging av smittevernrutiner ved bruk av web verktøyet NOST, men personalet på avdelingene på SSHF som ble observert har fått økt bevissthet om viktigheten av grunnleggende smittevernrutiner.

Det er etablert bedre og hyppigere dialog med avdelingene som blir observert, sammenlignet med dem som ikke ble det. Etterlevelsen av håndhygiene ble forbedret, for eksempel før aseptiske prosedyrer. Hånddesinfeksjonsdispensere ble kartlagt og plassert så nær pasient som mulig. Observasjonene førte til bedre etterlevelse av basale smittevernrutiner som f. eks håndhygiene, riktig bruk av hansker og vernutstyr, samt reduksjon av håndsmykker.

Vurdering av status

Data fra punktprevalensundersøkelsene fra sykehus og sykehjem kan tyde på at det har vært en nedgang på nasjonalt nivå i andelen pasienter med HAI de siste årene (eller hvert fall ingen økning), men disse tallene er beheftet med usikkerhet. Det finnes per i dag ikke et helhetlig overvåkningssystem for helsetjenesteassosierte infeksjoner i Norge.

Tiltak

FHI og Hdir har fått i oppdrag av HOD om å utarbeide et helhetlig infeksjonsovervåkingssystem, hvor overvåking av HAI skal inngå (NORSURV). I dette prosjektet skal en utarbeide tekniske løsninger, samt sikre de nødvendige hjemlene. Med dagens hjemler kan utviklingsarbeid innen NORSURV skje for alle infeksjoner som er hjemlet i Forskrift om meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS-forskriften). Mange HAI forårsakes imidlertid av følsomme mikrober. Per i dag er det få av disse mikrobene som er hjemlet i MSIS-forskriften. Det er derfor behov for å få på plass hjemler for å sikre rask etablering av overvåking av HAI ved jevnlig kobling av data fra pasientregistre og MSIS-labdatabasen.

Det ble gjennomført en grundig evaluering av den forrige handlingsplanen for et bedre smittevern (evalueringsrapport). Hdir og FHI jobber nå, på oppdrag fra HOD, med å skrive utkast til ny nasjonal handlingsplan for arbeidet med antibiotikaresistens og smittevern/infeksjonsforebygging. Overvåking og forebygging av HAI vil være en sentral del av dette arbeidet.

[32] <https://www.fhi.no/publ/2021/helsetjenesteassosierte-infeksjoner-antibiotika-2020/>

[33]

<https://www.fhi.no/publ/2014/nasjonale-elektroniske-meldeordninger-i-spesialisthelsetjenesten-hvilke-fin/>

[https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-en-helse-strategi-mot-antimikrobiell-resistens-2024203:](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-en-helse-strategi-mot-antimikrobiell-resistens-2024203)

