

SAKSFRAMLEGG

DATO: 11.12.2025

SAKSANSVARLIG: Synøve Kalstad

SAKSBEHANDLER: Trude Nydal Wynn

Rapport om indikatorer for pasientsikkerhet

ARKIVREF:2024/1260-7

MØTEFORUM:
Styremøte

SAKSNUMMER:
136-2025

MØTEDATO:
18.12.2025

FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Nord RHF tar rapport om nasjonale pasientsikkerhetsindikatorer til etterretning, og ber om at den blir sendt til Helse- og omsorgsdepartementet, som svar på oppdraget gitt til RHF-ene 3. juli 2024.

Hva saken gjelder

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har en interregional prosjektgruppe utarbeidet et forslag til *pasientsikkerhetsindikatorer* (vedlegg 1). Prosjektgruppen anbefaler at hvert helseforetak/sykehus følger indikatorene tett for å håndtere og redusere risiko for svikt og pasientskader.

Rapporten ble lagt fram for det interregionale AD-møtet 17. november 2025. AD-møtet sluttet seg til rapporten, og ba om at den styrebehandles i de fire RHF-ene før den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Den har også vært til gjennomgang i Regionalt brukerutvalg 3. desember 2025. Likelydende sak legges frem for styret i alle de regionale helseforetakene.

Hovedpunkter og vurdering av handlingsalternativer

Bakgrunn for arbeidet

I tilleggskildet til Oppdragskildet 2024, datert 3. juli 2024, fikk RHF-ene i oppdrag å følge opp *Rammeverk for pasient- og brukersikkerhet*, jamfør Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Helse Vest RHF fikk i oppdrag å lede arbeidet med å fremme forslag til indikatorer basert på målene i rammeverket. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt RHF-ene utsatt frist (opprinnelig frist 1. juni 2025), og vedlagte rapport skal sendes Helse- og omsorgsdepartementet senest 31. desember 2025 som svar på oppdraget.

Rammeverk for pasientsikkerhet er beskrevet i Meld. St. 9 i *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027*, kapittel 6. Rammeverket angir visjon, mål, nasjonale innsatsområder og hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet, basert på krav i lov og forskrift.

Rammeverket har tre overordnede mål:

- trygt og melde
- systematisk læring og forbedring
- færre pasientskader

Blant virkemidlene for å nå målene blir det fremhevet psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø, ledelse, og pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering.

Sammendrag fra rapporten

Spesialisthelsetjenesten har behov for bedre oversikt over pasientskader i sykehus, hvordan vi systematisk lærer av uønskede hendelser, og indikatorer for at det er trygt å melde for helsepersonell og pasienter i sykehus. Denne rapporten gir en anbefaling til *pasientsikkerhetsindikatorer*.

Indikatorene som foreslås skal kunne brukes i lokalt forbedringsarbeid i sykehus og i helseregioner, og samtidig treffe målene og de prioriterte innsatsområdene i det

nasjonale rammeverket for pasient- og brukersikkerhet. Hva som virker mest aktuelt, og hvilken risiko som er størst for pasientsikkerheten, vil endre seg over tid. For at helsetjenesten skal ha treffsikre og aktuelle pasientsikkerhetsindikatorer, bør disse derfor revideres jevnlig, basert på hvor risikoen for svikt vurderes å være størst.

Hvilke indikatorer ble valgt?

For å peke på indikatorer som måler pasientsikkerhet, har prosjektgruppen sett på interne og eksterne avviksmeldinger, interne styringsdashbord, data fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE), UKOM og Statens helsetilsyn, data fra Global Trigger Tool (GTT) og data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Samlet gir dette et bilde av svikt, erkjente feil og pasientskader i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektgruppen har også forsøkt å følge Helsedirektoratets krav til kvalitetsindikatorer, som innebærer at en indikator skal være viktig og påvirkbar, vitenskapelig begrunnet, nyttig, gjennomførbar og publiseres jevnlig (*Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, Helsedirektoratet 2025*).

Prosjektgruppen mener at det ikke finnes én enkelt måling som alene karakteriserer pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten. Derfor foreslår prosjektgruppen et sett med indikatorer som samlet kan gi et bilde av viktige sider ved sikkerheten for pasientene.

Dette er prosjektgruppens anbefalinger:

Indikator	Mål	Type indikator	Dimensjon av kvalitet	Finnes indikatoren JA/DELVIS/NEI
Pasienterfaringsundersøkelse	Færre pasient-skader Systematisk læring	Resultat	Involverer brukere Trygge og sikre	Delvis. PREM innhentes regelmessig ved enkelte sykehus
Måling av pasientsikkerhets-klima	Trygt å melde	Prosess	Trygge og sikre Utnytte ressurser	Ja, men ikke systematisk

Indikator	Mål	Type indikator	Dimensjon av kvalitet	Finnes indikatoren JA/DELVIS/NEI
Bruk av sjekkliste Trygg kirurgi*	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Ja, men ikke systematisk
Blodbaneinfeksjoner	Færre pasient-skader	Resultat	Trygge og sikre	Nei, men data er mest sannsynlig tilgjengelig
Systematisk opplæring i selvmordsforebygging blant helsepersonell*	Systematisk læring	Struktur	Trygge og sikre	Ja, men ikke systematisk
Forbruk av bredspektret antibiotika*	Færre pasient-skader	Prosess	Er virkningsfulle, god ressursutnyttelse, hindre overforbruk	Delvis. Supplerer eksisterende indikatorer
Simuleringsbaserte opplæringsaktiviteter	Systematisk læring og forbedring	Resultat	Trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet og involvere brukere	Ja, men ikke systematisk
Screening for delirium	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Delvis. Må utvikles i de fleste helseforetak
Screening for forverret somatisk tilstand	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Ja, men ikke systematisk

Indikator	Mål	Type indikator	Dimensjon av kvalitet	Finnes indikatoren JA/DELVIS/NEI
Tilstand hos nyfødte	Færre pasient-skader	Resultat	Trygge og sikre	Ja
Re-innleggelser innen 30 dager*	Færre pasient-skader	Resultat	Trygge og sikre og samordnet og preget av kontinuitet	Ja, men ikke systematisk
Legemiddel-samstemming inn og ut*	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Delvis. Finnes ikke for alle helseforetak
30-dagers overlevelse	Færre pasient-skader	Resultat	Virkningsfulle og trygge og sikre	Ja
Risikovurdering for underernæring	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre og tilgjengelig og rettferdig fordelt	Delvis. Finnes ikke for alle sykehus, men skal rapporteres fra 2025

*Indikator basert på prioriterte nasjonale innsatsområder 2024-2027.

Videre arbeid

De anbefalte indikatorene består av noen indikatorer som relativt enkelt og raskt kan publiseres, mens andre vil det ta noe tid å etablere og publisere.

Prosjektgruppen har vektlagt generiske indikatorer og har i liten grad funnet plass til fagspesifikke indikatorer innen andre felt enn psykisk helse/rusbehandling.

Prosjektgruppen anerkjenner videre at GTT-metoden gir viktig informasjon om pasientskader, men for at metoden skal kunne anbefales må videreutvikling og automatisert datafangst prioriteres.

Målet er at data som indikatorene bygger på, skal kunne hentes fra fagsystemer eller andre kilder ved automatisk datafangst, slik at rapporteringsbyrden for helsepersonell ikke øker. For at alle indikatorene skal kunne realiseres og publiseres, må det likevel

påregnes en del arbeid, både regionalt og i helseforetakene der aktuelle fagmiljø må involveres i hver enkelt indikator. Det kan bli nødvendig å prioritere hvilke indikatorer som kan etableres først. Analyse- og IKT-miljø må kobles på og involveres for å lage uttrekk, rapporter og dashboard.

Automatisert datafangst er mulig for svært mange av de foreslåtte indikatorene, men etablering av database for disse fra ulike sykehus vil kreve arbeid over tid. Ressursbehov og tidshorizont for dette er ikke spesifisert i rapporten. Det må vurderes om det skal lages en nasjonal visning av indikatorene (på helseforetaksnivå), der for eksempel klinisk dashboard, utviklet av Helse Sør-Øst og forvaltet av SKDE, kan være en egnet løsning som bør vurderes nærmere.

Prosess og forankring

Mandatet for arbeidet er vedlegg 2 i saken. Prosjektet er gjennomført i henhold til mandatet. Rapportutkast har vært til behandling i interregionalt fagdirektørmøte og PO/HR-direktørmøte to ganger: 16. juni 2025 og 20. oktober 2025.

Rapporten har også vært på innspillrunde i helseforetakene sensommer og høst 2025. Rapporten har vakt stort engasjement, og alle helseforetakene i landet har gitt innspill til rapporten, med unntak av ett. I tillegg har Helse Vest tatt imot viktige innspill fra flere brukerutvalg, fagråd, kompetansetjenester og nettverk.

Flere av innspillene gir støtte til en nasjonal samordning av pasientsikkerhetsindikatorer, og påpeker samtidig at det gjenstår en god del arbeid før vi har utviklet indikatorsett, både lokalt på sykehusene og med en nasjonal oversikt. Indikatorsettet må være dynamisk og høyst aktuelt, og jevnlig revisjon vil være nødvendig.

I tillegg ble rapporten forankret i nasjonalt AD-møte den 17. november 2025 med følgende foreløpige konklusjon:

128-2025	<p>Rapport – nasjonale indikatorer for pasientsikkerhet</p> <p>Saken presenterer forslag til svar på tilleggsoppdrag om oppfølging av rammeverk for pasient- og brukersikkerhet.</p> <p><u>Kommentarer til saken:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Det gis anerkjennelse for det gode arbeidet som er gjort. - Fremover er det viktig å vektlegge utviklingen av resultatindikatorer for pasientsikkerhet. Det legges opp til evaluering av arbeidet innen fire år. <p><u>Konklusjon:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AD-ene i RHF-ene ber om at rapporten styrebehandles i de fire RHF-ene i desember 2025.
----------	--

	2. AD-ene i RHF-ene slutter seg til rapporten og ber om at den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet etter styrebehandling, som svar på oppdraget.
--	--

Rapporten «*Nasjonale pasientsikkerhetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten*» legges fram for styrene i alle RHF-ene i desember 2025, og skal deretter sendes til Helse- og omsorgsdepartementet som svar på oppdraget senest 31.12.2025.

Administrerende direktørs anbefaling

Spesialisthelsetjenesten har behov for bedre oversikt over pasientskader i sykehus, hvordan vi systematisk lærer av uønskede hendelser og indikatorer for at det er trygt å melde for helsepersonell og pasienter i sykehus. Denne rapporten gir en anbefaling til pasientsikkerhetsindikatorer, som er utviklet basert på premisser gitt i Rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Administrerende direktør anbefaler at styret tar rapport om nasjonale pasientsikkerhetsindikatorer til etterretning.

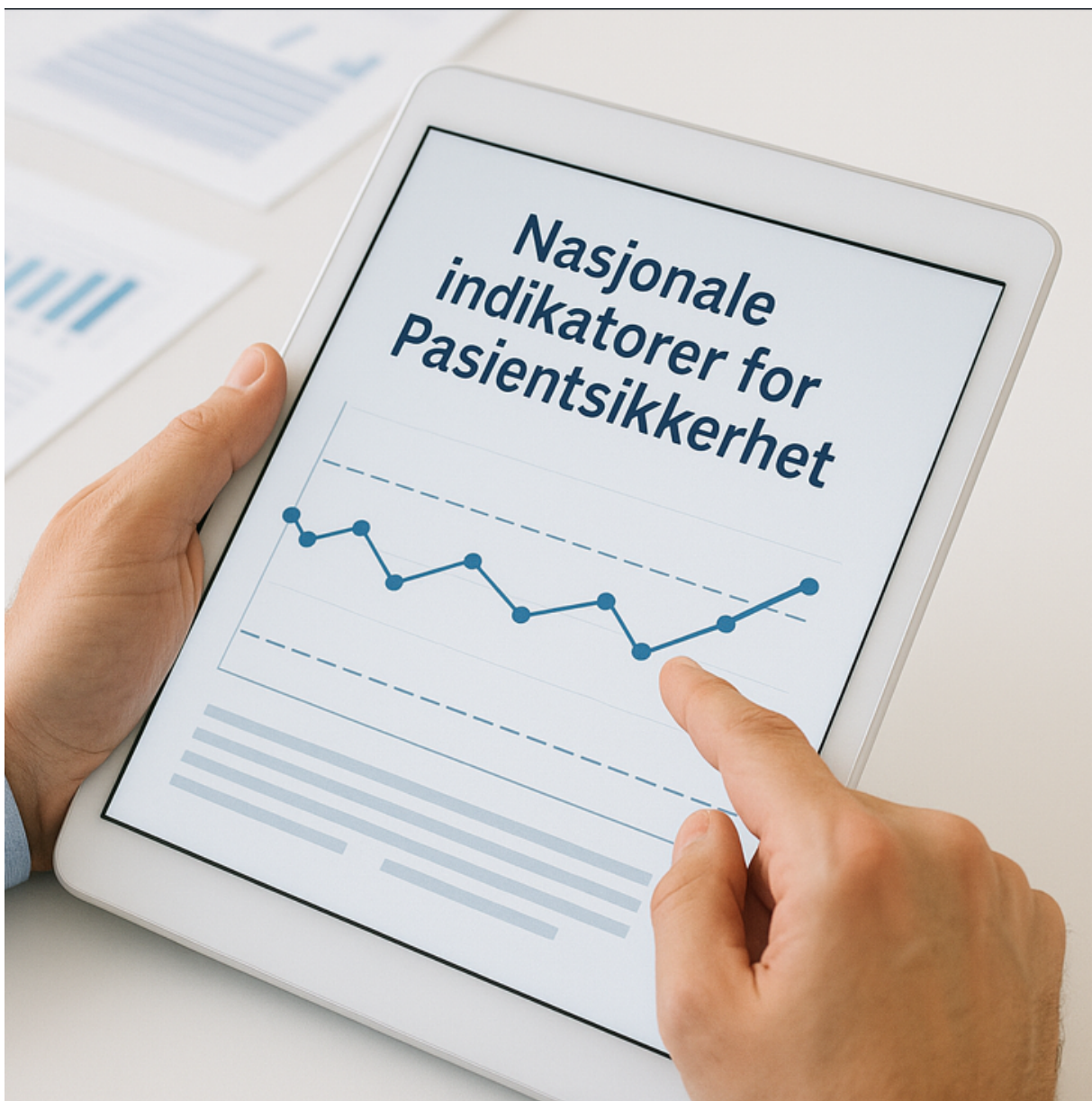
Vedlegg:

1. Nasjonale pasientsikkerhetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten. Rapport godkjent i nasjonalt AD-møte 17. november
2. Mandat for arbeidet med å følge opp rammeverk for pasientsikkerhet

Interregionalt prosjekt etter oppdrag i Tilleggsdokumentet fra HOD 3. juli 2024

NASJONALE PASIENTSIKKERHETSINDIKATORER I SPESIALISTHELSETJENESTEN

Rapport godkjent i nasjonalt AD-møte 17. november



Kolofon

20. november 2025

Publikasjonens tittel:
Nasjonale pasientsikkerhetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten

Kontakt
Fagavdelingen i Helse Vest RHF

[[Link for nedlastning](#)]

1. SAMMENDRAG

Spesialisthelsetjenesten har behov for bedre oversikt over pasientskader i sykehus, hvordan vi systematisk lærer av uønskede hendelser og indikatorer for at det er trygt å melde for helsepersonell og pasienter i sykehus. Denne rapporten gir en anbefaling til pasientsikkerhetsindikatorer, som er utviklet basert på premisser gitt i *Rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet* i Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Indikatorene som blir foreslått skal kunne brukes i lokalt forbedringsarbeid i sykehus og i helseregioner, og samtidig treffe målene og de prioriterte innsatsområdene i nasjonalt rammeverk for pasient- og brukersikkerhet. Hva som fremstår som mest aktuelt og hvilken risiko som er størst for pasientsikkerheten vil endre seg over tid. For at helsetjenesten skal ha treffsikre og aktuelle *pasientsikkerhetsindikatorer* bør disse derfor revideres jevnlig, basert på hvor risikoen for svikt vurderes å være størst.

Prosjektgruppens anbefaling er et sett av fjorten indikatorer: bruk av sjekklister Trygg kirurgi, pasienterfaringsundersøkelser, blodbaneinfeksjoner, opplæring i selvmordsforebygging, antibiotikabruk, simuleringsbaserte aktiviteter, screening for delirium, screening for forverret tilstand, måling av trygghetsklimatekst, tilstand hos nyfødte, re-innleggelse innen 30 dager, legemiddelsamstemming ved innleggelse og utskrivning og screening for underernæring.

Prosjektgruppen anerkjenner at GTT-metoden gir viktig informasjon om pasientskader på nasjonalt nivå, men for at metoden skal kunne anbefales som indikator til bruk i kvalitetsarbeid lokalt, må videreutvikling og automatisert datafangst prioriteres.

I det videre arbeidet med å bedre pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten anbefaler arbeidsgruppen at de kliniske miljøene blir oppfordret til å peke på problemstillinger innen sine felt og indikatorer som er nyttige i lokalt klinisk arbeid med å bedre pasientsikkerheten.

De anbefalte indikatorene består av noen indikatorer som relativt enkelt og raskt kan publiseres, mens andre vil det kreve mer tid og innsats for å etablere og publisere. Ved eventuell tilslutning til anbefalingene i rapporten, bør utvikling av nye og eventuell justering av eksisterende indikatorer komme som et eget oppdrag, etter at rapporten er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet senest den 31. desember 2025.

INNHOOLD

1. Sammendrag	2
2. Bakgrunn og mandat	5
2.1 Bakgrunn	5
2.2 Mandat	5
2.3 Prosjektgruppe	5
2.4 Forståelse av oppdrag og avgrensninger	6
2.5 Global trigger tool (GTT)	8
2.6 Parallele oppdrag	9
3. Mål og definisjoner	11
3.1 Prosess for utvelgelse av indikatorer	11
3.2 Fagspesifikke versus generiske indikatorer	11
3.3 Kvalitetsdimensjoner	12
3.4 Brukermedvirkning og pasienterfaringsundersøkelser	13
3.5 Definisjon for målet 'Trygt å melde'	15
3.6 Definisjon for målet 'Systematisk læring og forbedring'	15
3.7 Definisjon for målet 'Færre pasientskader'	15
4. Prosjektgruppens anbefalinger - pasientsikkerhetsindikatorer	16
Oversikt over pasientsikkerhetsindikatorer	16
4.1 Pasienterfaringsundersøkelser og pasientopplevd sikkerhet	19
4.2 Måling av pasientsikkerhetsklime	20
4.3 Bruk av sjekklister <i>Trygg Kirurgi</i>	22
4.4 Blodbaneinfeksjoner	23
4.5 Systematisk opplæring i selvmordsforebygging blant helsepersonell	24
4.6 Forbruk av bredspektret antibiotika	25
4.7 Simuleringsbaserte læringsaktiviteter	26
4.8 Screening av eldre pasienter for delirium	27
4.9 Screening for tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand	28
4.10 Tilstand hos nyfødte barn	29
4.11 Reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus	30
4.12 Legemiddelsamstemming utført a) innen 24 timer etter innleggelse og b) ved utskrivning fra sykehus	31
4.13 30-dagersoverlevelse etter innleggelse (ikke fagspesifikt)	32
4.14 Risikovurdering for underernæring	34
5. Indikatorutvikling og videre arbeid	36
6. Referanser	37
7. Vedlegg	44

2. BAKGRUNN OG MANDAT

2.1 Bakgrunn

I Tilleggsdokumentet til Oppdragsdokumentet 2024, datert 03.07.2024, fikk RHF-ene følgende oppdrag:

• De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Vest RHF samarbeide om oppfølging av rammeverk for pasientsikkerhet, herunder fremme forslag til mål og indikatorer for pasientsikkerhet. Det vises til rammeverket for bedre pasientsikkerhet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og oppdragsdokumentets mål om at «Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader». Det er behov for en felles tilnærming for operasjonalisering og måling/rapportering for målene om «trygt å melde», «systematisk læring og forbedring» og «færre pasientskader», slik at en kan følge med på status og utvikling lokalt, regionalt og nasjonalt. Frist for oppdraget er 1. juni 2025.

Denne rapport skal svare ut oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet, med anbefalinger til indikatorer for å følge opp pasientsikkerheten lokalt (på avdelings- og enhetsnivå), helseforetaksnivå, regionalt og nasjonalt.

Departementet gav i november 2025 utsatt frist på oppdraget til 31.12.2025. Derfor stemmer ikke fristen i den opprinnelige oppdragsteksten fra 2. juli 2024.

2.2 Mandat

Mandatet ble godkjent i interregionalt fagdirektørmøte den 21. oktober 2024 (vedlegg 1). Helse Vest RHF har ledet arbeidet.

Hvert helseforetak har et selvstendig ansvar for å følge opp rammeverk for bruker- og pasientsikkerhet (Meld. St. 9 (2023-2024)). RHF-ene har i tillegg et overordnet ansvar for å tilrettelegge for operasjonalisering og måling/rapportering for målområdene som er definert i rammeverket. Hovedoppgaven for dette arbeidet er derfor avgrenset til å definere pasientsikkerhetsindikatorer, for å kunne monitorere og følge opp de tre overordnede målene i rammeverket; *Trygt å melde, Systematisk læring og forbedring og Færre pasientskader*.

Siden 2010 har pasientsikkerhet og pasientskader overordnet vært målt gjennom Global trigger tool-data (GTT). Siden GTT-data blir publisert på helseforetaksnivå én gang årlig, er målemetoden lite egnet for å jobbe med kontinuerlig forbedring, og å håndtere risiko, på avdelingsnivå. Det er derfor behov for å identifisere indikatorer som er hensiktsmessige som utgangspunkt for det lokale forbedringsarbeidet.

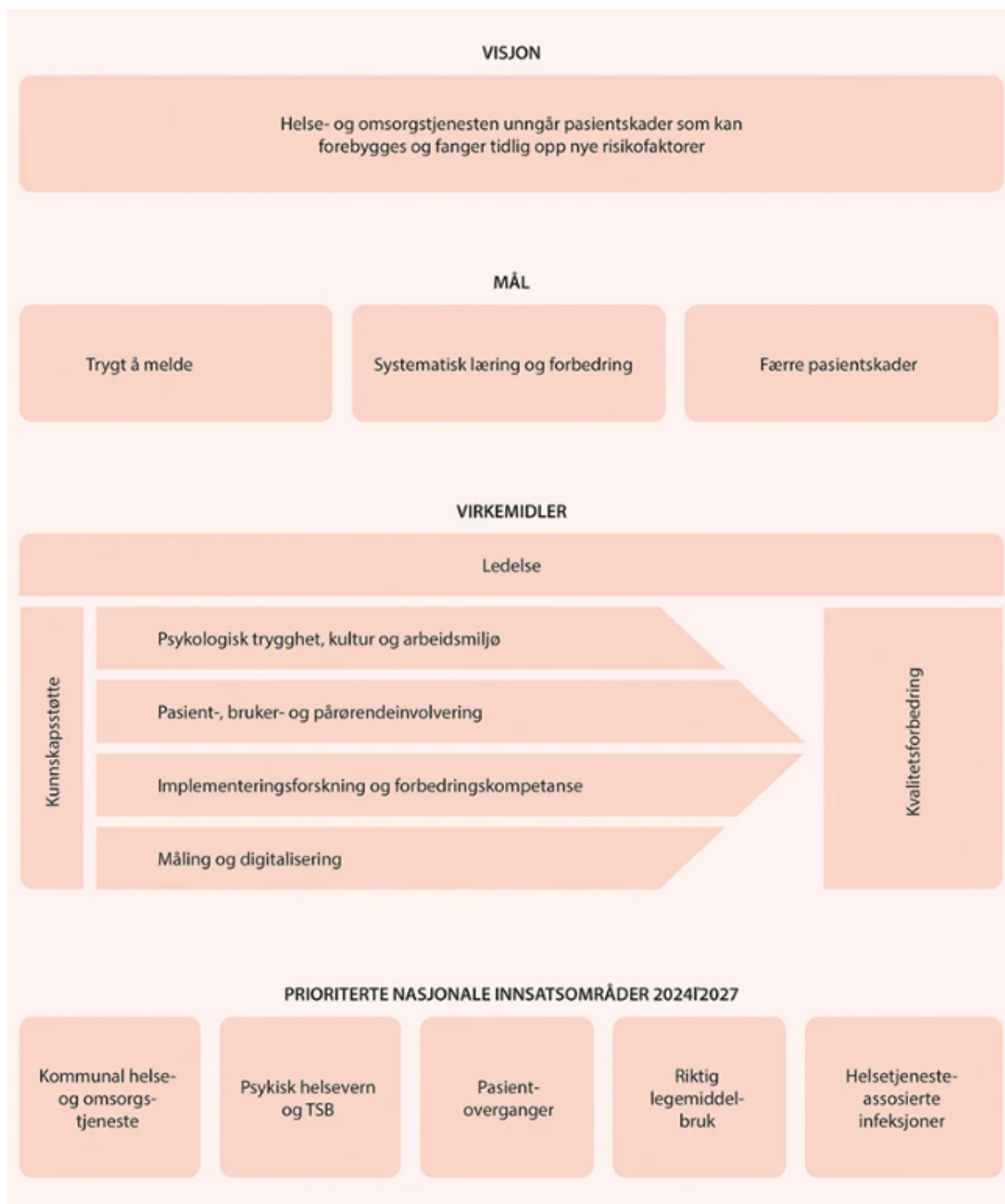
2.3 Prosjektgruppe

Følgende deltakere ble oppnevnt til prosjektgruppen via RHF-ene:

Navn	Representerte
Hege Mathilde Kornberg Christensen	Regionalt brukerutvalg Helse Vest
Lilli-Ann Stensdal	Regionalt brukerutvalg Helse Sør-Øst
Tone Shetelig Løvvik	St Olav hospital
Åse Mette Haldorsen	Helse Nord Trøndelag
Maria Henningsen	Helse Midt-Norge RHF
Sigmund Olav Syrtveit	Sørlandet sykehus
Marte Christine Rognstad Mellingsæter	AHUS
Hilde Skredtveit-Næss	Helse Sør-Øst RHF
Sameer Bhargava	Helse Sør-Øst RHF
Pål Ove Vadset	Helse Bergen
Anne Grimstvedt Kvalvik	SKDE
Heidi Haukebøe Vik	Universitetssykehuset Nord-Norge
Kjersti Mevik	Nordlandssykehuset
Kristin Folven	Helse Fonna
Trude Nydal Wynn	Helse Nord RHF
Vegard Andreas Jacobsen	Konserntillitsvalgt UNIO
Martin Øien Jenssen	Konserntillitsvalgt Akademikerne
Hildegunn Enge	Konserntillitsvalgt SAN
Bjarte Jensen	Konsernverneombud Helse Midt-Norge
Panchakulasingam Kandiah	Helse Vest RHF
Elisabeth Huseby	Helse Vest RHF
Charlotta Schaefer (leder av arbeidet)	Helse Vest RHF

2.4 Forståelse av oppdrag og avgrensninger

Utgangspunktet for oppdraget er at spesialisthelsetjenesten trenger bedre oversikt over og kunnskap om pasientskader i sykehus, hvordan vi lærer av avvik og uønskede hendelser, og at det er trygt å melde i sykehus. Oppdraget tar utgangspunkt i rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet i Nasjonal helse- og sykehusplan 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)) (figur 1).

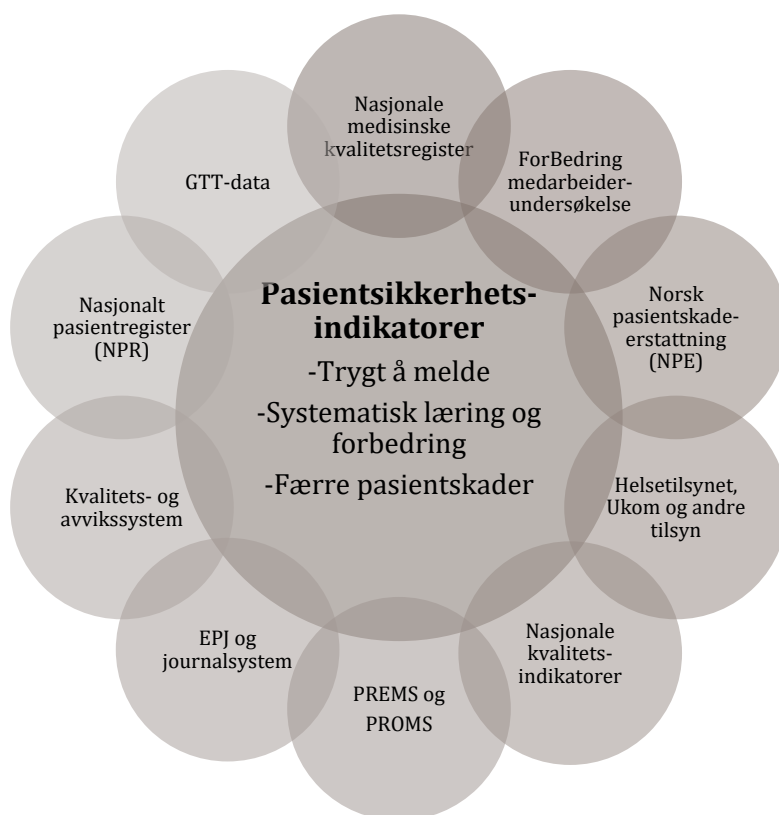


Figur 1: Nasjonalt faglig rammeverk for pasient- og brukersikkerhet, St. Meld 9 (2023-2024)

Indikatorer som blir foreslått, skal kunne brukes i lokalt forbedringsarbeid i sykehus og i helseregioner, og samtidig treffe målene og innsatsområdene i nasjonalt rammeverk for pasient- og brukersikkerhet 2024-2027 (Meld. St. 9 (2023-2024)). Hva som fremstår som mest aktuelt og hvilken risiko som er størst vil endre seg over tid. For at helsetjenesten skal ha treffsikre og aktuelle 'pasientsikkerhetsindikatorer' bør de revideres jevnlig, og senest innen 2027.

Spesialisthelsetjenesten har allerede en stor mengde data tilgjengelig via kvalitetsregister og rapportportaler. **Utvikling av nye indikatorer må derfor gjøres med forsiktighet og ta utgangspunkt i allerede eksisterende indikatorer og datasett.** Samtidig må det ny utvikling til for å vise et forbedret bilde av hvor risikoen for pasientsikkerheten er størst. Et annet viktig premiss for oppdraget er at etablering av **nye indikatorer ikke bør øke rapporteringsbyrden for helsepersonellet.**

Prosjektgruppens forslag til indikatorer er hentet fra ulike datakilder og overlapper til dels med andre indikatorsystemer og undersøkelser. Her er flere relevante datakilder for pasientsikkerhet, og prosjektgruppens anbefalingene er basert på noen av de kildene som vises i figuren (figur 2).



Figur 2. Noen utvalgte kilder til kunnskap om pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten

2.5 Global trigger tool (GTT)

GTT-metoden (global trigger tool) har blitt målt i somatisk spesialisthelsetjeneste siden 2010 i Norge, og publiseres årlig på helseforetaksnivå. Det er et internasjonalt mye brukt verktøy for å etablere kunnskap om hyppighet, alvorlighet og type skader pasienter utsettes for i sykehus. Målsettingen i Pasientsikkerhetskampanjen og Pasientsikkerhetsprogrammet var knyttet til resultatet av GTT-undersøkelsen. Slik den har vært gjennomført ved norske sykehus, er undersøkelsen forholdsvis ressurskrevende og har de fleste steder kun vært gjennomført på overordnet sykehusnivå. **Metoden kan imidlertid også brukes på lavere nivå, hvilket også har vært gjort, f.eks. ved Nordlandssykehuset HF.**

Det har vært arbeidet med videreutvikling av GTT-undersøkelsen der triggerfangst gjøres automatisert. Dette krever fortsatt at klinisk personell vurderer om triggerfangsten faktisk er uttrykk for at uønskede hendelser eller skader har skjedd.

Med god tilrettelegging kan automatisert triggerfangst brukes i lokalt forbedringsarbeid og bidra til en tettere oppfølging av eget GTT-resultat. I en ideell situasjon kan også automatisert GTT-undersøkelse gjøres for enkeltpasienter for å fange opp skader tidlig, kanskje allerede før pasienten har forlatt sykehuset. Slik klinisk bruk vil kreve fortsatt utvikling av verktøyet ved hjelp av kunstig intelligens. Slik situasjonen er i dag, vil prosjektgruppen anbefale at GTT-metoden videreutvikles med automatisert triggerfangst og bruk av kunstig intelligens slik at den kan brukes med rimelig ressursbruk i det viktige arbeidet med å forbedre pasientsikkerheten.

2.6 Parallele oppdrag

Ved oppstart av arbeidet identifiserte prosjektgruppen flere andre delvis parallelle og tilgrensende nasjonale oppdrag som også gjaldt indikatorutvikling og oppfølging av rammeverket. For å holde oversikt over parallelle arbeider ble tabellen nedenfor opprettet.

Det er ikke sikkert at samtidige pågående prosjekter kommer i konflikt med hverandre, eller at oversikten er komplett. Men samtidig er det en risiko for at prosjekter som har lignende oppdrag, men ikke deler informasjon med hverandre, kommer med motstridige og lite samstemte anbefalinger. Det finnes også en liten risiko for at den ene prosjektgruppen anbefaler en indikator som en annen prosjektgruppe anbefaler å utfase.

Vår prosjektgruppe har underveis hatt møter med parallelle oppdrag vi kjenner til, og særlig tett kontakt med Helsedirektoratets tilgrensende oppdrag.

Oppdrag	Ansvar	Tidsfrist
Tilleggsdokumentet 2024: De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Vest RHF samarbeide om oppfølging av rammeverk for pasientsikkerhet, herunder fremme forslag til mål og indikatorer for pasientsikkerhet	Helse Vest RHF	31. desember 2025
Koordinering og oppfølging av rammeverk pasient- og brukersikkerhet. Samarbeidsorganet skal utarbeide årsrapport, inkl. indikatorer	Helse-direktoratet	1. juni 2025
Aktørgruppe for innsatsområdet 'riktig legemiddelbruk', inkludert indikatorutvikling	Helse-direktoratet	2025
Arbeidsgruppe for oppfølging av nasjonalt kvalitetsindikatorsystem	Helse-direktoratet	2025
OD 2025: Dei regionale helseføretaka skal vurdere utvikling av felles indikatorar for HMS og arbeidsmiljø, og sjå det i samanheng	RHF-ene	Årlig melding 2025

med oppdrag knytte til pasienttryggleiksindikatorar		
Indikatorutvikling for Opptrappingsplan psykisk helse	Helse- direktoratet	2025
Etablering av nasjonalt register for uønskede hendelser	Helse- direktoratet	2025
Etablere kvalitetsindikatorer innen ernæring i spesialisthelsetjenesten (NKI ernæring)	Helse- direktoratet	2025

3. MÅL OG DEFINISJONER

3.1 Prosess for utvelgelse av indikatorer

For å peke på indikatorer som måler pasientsikkerhet, har prosjektgruppen sett på interne og eksterne avviksmeldinger, interne styringsdashboard, data fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE), UKOM og Statens Helsetilsyn, data fra Global Trigger Tool og data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Samlet gir dette et bilde av svikt, erkjente feil og pasientskader i spesialisthelsetjenesten.

Prosjektgruppen har også forsøkt å følge Helsedirektoratet sine krav til kvalitetsindikatorer, som innebærer at en indikator skal være betydningsfull og påvirkbar, vitenskapelig begrunnet, nyttig, gjennomførbar og publiseres jevnlig (Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, Helsedirektoratet 2025).

Prosjektgruppen mener at det ikke finnes én enkelt måling som alene karakteriserer pasientsikkerheten i spesialisthelsetjenesten. Vi foreslår derfor et sett av indikatorer som samlet kan gi et bilde av viktige sider av sikkerheten for pasientene.

En indikator bør både ha høy reliabilitet og validitet (Pripp, 2018). Reliabilitet sier noe om hvor reproduserbar en måling er. En måling kan ha høy reliabilitet, men likevel være en dårlig måling, dersom den reproduserer feil mål. Validitet sikrer at indikatoren måler det den er ment til å måle. Svak validitet kan gjøre en indikator misvisende og gi feilaktige konklusjoner.

Kvalitetsindikatoren må måle etablert praksis i helsetjenesten basert på eksisterende lovverk, nasjonale eller internasjonale retningslinjer, veiledere og forskning (Helsedirektoratet, 2023a).

3.2 Fagspesifikke versus generiske indikatorer

Det finnes en stor mengde kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet publiserer data for 153 nasjonale kvalitetsindikatorer hvert år. I tillegg finnes 62 nasjonale medisinske kvalitetsregistre, hvorav 55 registre i øyeblikket publiserer måloppnåelse for mer enn 460 indikatorer.

I rammeverket for pasient- og brukersikkerhet er det definert fem prioriterte nasjonale innsatsområder; Kommunale helse- og omsorgstjenester, psykisk helsevern og TSB, pasientoverganger, riktig legemiddelbruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner.

Ettersom arbeidsgruppen kun skal foreslå et lite antall pasientsikkerhetsindikatorer, har prosjektgruppen i hovedsak konsentrert seg om generiske indikatorer, og tolket rammeverket slik at det er ekstra viktig å utvikle indikatorer innenfor de nasjonale innsatsområdene.

Helsetilsynet og Norsk Pasientskadeerstatning behandler mange saker innen fagområder som kreft, fødselsomsorg, ortopedi, gastrokirurgi, nevrologi og psykisk helse (Statistikkportal NPE). Flere av disse feltene har velfungerende nasjonale kvalitetsregistre med indikatorer som kunne vært naturlige å bruke som indikatorer for pasientsikkerhet. Samtidig er disse indikatorene fagspesifikke og oppfattes som

relevante for et avgrenset fagmiljø, og dermed mindre relevant som en del av et nasjonalt "batteri" av mer universelle indikatorer som dekker en større faglig bredde. Det er imidlertid i samsvar med intensjonen i nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet å be fagmiljøer, gjerne ved de nasjonale kvalitetsregistrene, å identifisere og beskrive parametre som allerede er samlet inn, og som kan være hensiktsmessige indikatorer for pasientsikkerhet innen aktuelle fagfelt. Dette arbeidet har blitt pekt på i prosjektgruppen, men er ikke tolket til å være en del av prosjektets oppdrag.

Med den store mengden indikatorer som finnes i helsetjenesten, blir det også stor variasjon i hvilken type indikatorer som får stor versus liten oppmerksomhet. Gjennom å peke på et utvalg av pasientsikkerhetsindikatorer, håper prosjektgruppen å gi disse indikatorene større oppmerksomhet og stimulere til kvalitetsforbedring.

Prosjektgruppen har valgt å *ikke* inkludere indikatorer som vi mener allerede er satt i et system og følges tett opp. Et eksempel på dette er pakkeforløp kreft.

3.3 Kvalitetsdimensjoner

Arbeidet med å beskrive indikatorer har tatt utgangspunkt i Helsedirektoratets seks dimensjoner for kvalitet. Helsedirektoratet har i «Rammeverk for nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenester 2025» skissert «måleområder» for hver av kvalitetsdimensjonene. Det er naturlig å se til disse når indikatorer for kvalitet og pasientsikkerhet skal defineres.

For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

De samme dimensjonene legges også til grunn i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet.

Måleområder for kvalitetsdimensjonen «**Virkningsfulle**» omfatter overlevelse, morbiditet, funksjon og mestring, oppnåelse av ønsket utfall og pasientrapportert resultat. Vi legger til grunn at god behandling er vern mot skade på grunn av sykdommen og at suboptimalt resultat kan sees på som uttrykk for dårlig pasientsikkerhet, altså en forebyggbar skade.

Målområder for kvalitetsdimensjonen «**Trygge og sikre**» helsetjenester er listet som pasientsikkerhet, riktig behandlingsnivå, retningslinjer og behandlingsforløp og beredskap i helsetjenesten.

Det er nærliggende først å tenke på disse to dimensjonene når indikatorer for pasientsikkerhet skal identifiseres. Imidlertid vil også manglende brukermedvirkning, dårlig kontinuitet i tjenestene og manglende tilgjengelighet ha stor betydning for

pasientsikkerheten for den enkelte. God ressursutnyttelse er også nødvendig for å sikre tilbudet på kort og lang sikt

3.4 Brukermedvirkning og pasienterfaringsundersøkelser

WHO poengterer at det største potensialet for forbedring innen pasientsikkerhetsområdet ligger i å styrke involvering av pasienter og pårørende. Pasientenes egne erfaringer representerer en kilde til innsikt i hvordan helsetjenesten faktisk fungerer i praksis – innsikt som ofte ikke fanges opp gjennom tradisjonelle rapporteringssystemer. Å systematisk innhente pasienters vurderinger av informasjon, trygghet og opplevd skade, gir dermed et viktig supplement til helsevesenets interne vurderinger av kvalitet og risiko. Dette understrekes også i Helsetilsynets rapport *Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring. Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020–2024* (Rapport 2/2025).

Pasienterfaringer har vært kartlagt systematisk siden midten av 1990-tallet, først gjennom HELTEF og siden via Kunnskapssenterets og Folkehelseinstituttet i nasjonale PASOPP-undersøkelser. Det er etablert regionale og lokale nettverk som bistår i innhenting og analyse av slike pasienterfaringsundersøkelser, og noen foretak har innført en regelmessig innhenting av en kortere variant av PASSOPP. Likevel finnes det per i dag ingen nasjonal undersøkelse som systematisk innhenter pasienters erfaringer med pasientsikkerhet. Dette utgjør et vesentlig gap i det samlede arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er imidlertid et krav til nasjonale medisinske kvalitetsregistre at de skal inkludere pasientrapporterte utfallsmål (PROM) i registrene, og Fagsenter for pasientrapporterte data, som inngår i servicemiljøet for kvalitetsregistrene, gir råd og veiledning om valg og bruk av både PROM og pasientrapportert erfaring med helsetjenesten (PREM).

Med bakgrunn i dette foreslår vi følgende:

1. Innføring av et indikatorsett for pasientopplevd sikkerhet basert på validert og anerkjent spørreskjema/instrument. Det finnes flere aktuelle skjema som kan benyttes, og som blant annet måler hvorvidt pasienten har fått tilstrekkelig informasjon, følt seg trygg, vært involvert i avgjørelser rundt egen behandling og opplevd mulig skade. Dette gir direkte innsikt i pasientens opplevelse av sikkerhet, og berører dermed kjernen i pasientsikkerhetsarbeidet.

2. Bruk av responsrate på undersøkelsen under punkt 1, som en egen indikator. Responsraten reflekterer i hvilken grad helsetjenesten lykkes i å engasjere pasientene og innhente deres erfaringer, og kan dermed fungere som en målestokk for graden av pasientinvolvering.

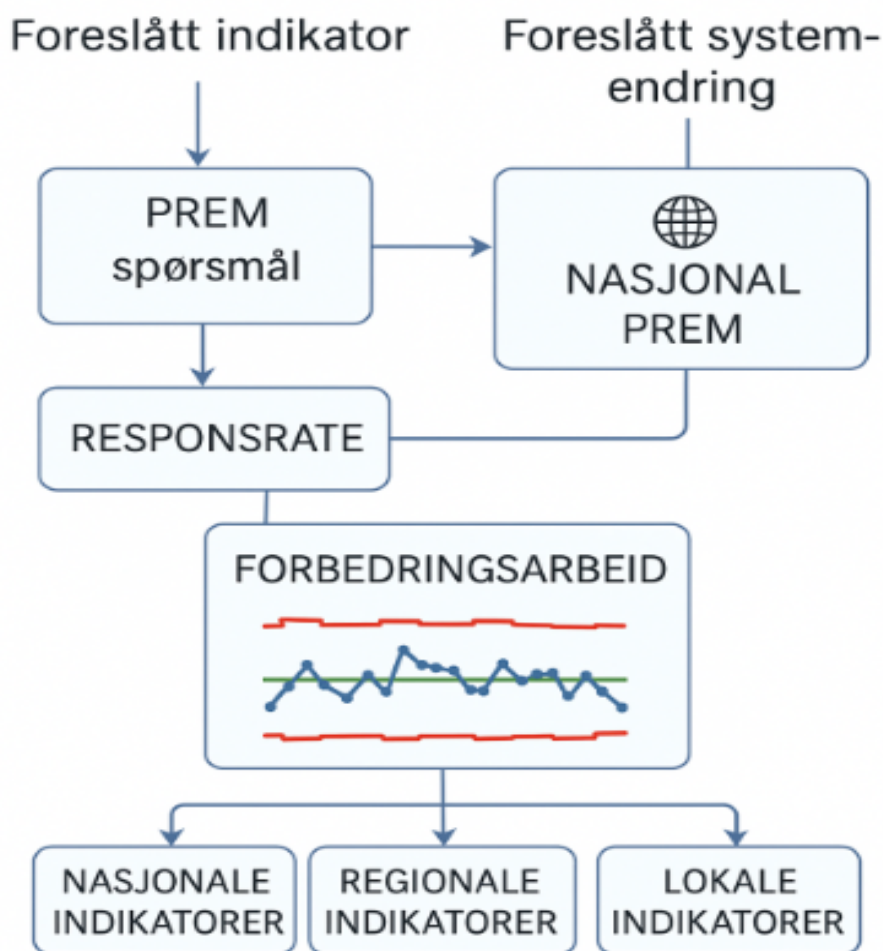
For å innføre de to indikatorene, foreslår vi en **systemendring** der det etableres en nasjonal ordning hvor det fortløpende, systematisk og kontinuerlig innhentes pasientrapporterte data i et tilstrekkelig volum til at dette kan brukes i lokalt forbedringsarbeid. **Informasjon om pasientenes opplevelser må ikke innhentes sporadisk**

eller som del av enkeltstående prosjekter, men inngå som en integrert og kontinuerlig del av forbedringsarbeidet i helsetjenesten.

Viktigheten av å systematisere innhenting og bruk av pasienterfaringer understrekes også i Helsetilsynets rapport *Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring. Innsikter fra varsler om alvorlige hendelser 2020–2024* (Rapport 2/2025), hvor en av hovedanbefalingene er økt involvering av pasienter og pårørende.

For å få til en slik løsning vil det være avgjørende at man samler seg om et felles spørreskjema nasjonalt, og som skal benyttes for å innhente pasienters erfaringer med pasientsikkerheten. Det vil gi et mer presist og tidsnært bilde av hvordan pasientsikkerheten faktisk oppleves – og skaper et bedre grunnlag for både læring, ledelsesoppfølging og forebygging. Dette vil styrke pasientenes stemme i forbedringsarbeidet og bidra til et mer åpent, lærende og pasientsentrert helsevesen – i tråd med nasjonale føringer og WHO's internasjonale anbefalinger.

Det finnes allerede anerkjente spørreskjemaer som er utarbeidet for slikt formål, og det vil være mulig å ta i bruk de samme etablerte tekniske løsningene som i dag benyttes av de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene til innhenting og lagring av slike pasientrapporterte data.



3.5 Definisjon for målet 'Trygt å melde'

Det er trygt å melde når det foreligger en opplevelse av at det er trygt for medarbeidere, pasienter og pårørende i helse- og omsorgstjenesten å melde fra om både uønskede hendelser og forbedringspunkter (Meld. St. 9 (2023-2024)). Trygghet forstås som at den som melder kan stole på at hen ikke blir utsatt for fare, ubehageligheter eller andre vanskeligheter som en konsekvens av at det er meldt (Det norske akademis ordbok, 2025). Dette forutsetter psykologisk trygghet, som omfatter et (arbeids)miljø med åpenhet og trygghet for å ytre seg og melde om risiko, uønskede hendelser og forbedringspunkter som grunnlag for læring og forbedring (Meld. St. 9 (2023-2024)).

3.6 Definisjon for målet 'Systematisk læring og forbedring'

Systematisk læring og forbedring handler om at helse- og omsorgstjenesten har gode systemer for oppfølging og læring av uønskede hendelser og av god praksis (Meld. St. 9 (2023-2024)). Læring forstås her som systemer, praksis og kultur rettet mot forbedring og forebygging innen pasientsikkerhet (Aase, 2023). Pasient- og brukersikkerhet defineres som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestenes tjenester eller mangel på ytelser» (Helsedirektoratet, 2017).

På systemnivå innebærer læring evidensbaserte prosesser for innhenting av data, og kommunikasjon og deling av kunnskap og erfaring innad i organisasjoner eller på tvers av organisasjoner, hvor man aktivt endrer eller tilpasser sin praksis basert på ny forståelse av arbeidet (WHO, 2020; Crossan et al., 1999). For spesialisthelsetjenesten omfatter dette oppdragsgivere, medarbeidere, pasienter og pårørende. Hvert sykehus trenger et system som fanger opp uønskede hendelser og lav kvalitet, og som setter inn tiltak og ressurser for å forbedre situasjonen slik at forekomsten av uønskede hendelser reduseres. Læring har skjedd når praksis er bedret.

3.7 Definisjon for målet 'Færre pasientskader'

Visjonen i «Rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet» er at «Helse- og omsorgstjenesten forhindrer pasientskader som kan forebygges og fanger tidlig opp nye risikofaktorer»

En pasientskade defineres som en utilsiktet 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 (Helsedirektoratet, 2019). En annen mye brukt definisjon er "en unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser" (Meld. St. 9 (2023-2024)). Definisjonen over refererer i stor grad til hendelser som kommer inn under kvalitetsdimensjonen "Trygge og sikre". I denne rapporten har vi også inkludert måleområder fra kvalitetsdimensjonene "Virksomme", "Involverer bruker" og "Samordnet og preget av kontinuitet".

4. PROSJEKTGRUPPENS ANBEFALINGER - PASIENTSIKKERHETSINDIKATORER

Oversikt over pasientsikkerhetsindikatorer

Oversikten inneholder fjorten anbefalinger til pasientsikkerhetsindikatorer som bør følges opp over tid for at hvert sykehus skal kunne studere, korrigere og forbedre praksis og resultat. Kolonne to viser til hvilket av de tre målene i rammeverket som indikatoren representerer, kolonne tre indikerer om indikatoren måler resultat, prosess eller struktur, og kolonne fire viser hvilken dimensjon av kvalitet som er representert. For å gi en liten indikasjon på behov for indikatorutvikling er kolonne fem satt inn. Dette er dog et svært skjematisk oppsett, og det er behov for å angi et tidsestimat for evt. utviklingsarbeid for hver indikator, etter at rapporten har blitt ferdigstilt.

Indikatorene er ikke prioritert fra prosjektgruppen og rekkefølgen av indikatorer er tilfeldig, dvs. at de *ikke* er presentert etter viktighet eller prioritering.

Indikator	Mål	Type indikator	Dimensjon av kvalitet	Finnes indikatoren JA/DELVIS/ NEI
Pasienterfaringsundersøkelse	Færre pasient-skader og systematisk læring	Resultat	Involverer brukere Trygge og sikre	Delvis. PREM innhentes regelmessig ved enkelte sykehus
Måling av pasientsikkerhets-klima	Trygt å melde	Prosess	Trygge og sikre og utnytte ressurser	Ja, men ikke systematisk
Bruk av sjekkliste Trygg kirurgi*	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Ja, men ikke systematisk
Blodbaneinfeksjoner	Færre pasient-skader	Resultat	Trygge og sikre	Nei, men data er mest sannsynlig tilgjengelig
Systematisk opplæring i selvmordsforebygging blant helsepersonell*	Systematisk læring	Struktur	Trygge og sikre	Ja, men ikke systematisk
Forbruk av bredspektret antibiotika*	Færre pasient-skader	Prosess	Er virkningsfulle, god ressursutnyttelse, hindre overforbruk	Delvis. Supplerer eksisterende indikatorer
Simuleringsbaserte opplæringsaktiviteter	Systematisk læring og forbedring	Resultat	Trygge og sikre, samordnet og preget av	Ja, men ikke systematisk

Indikator	Mål	Type indikator	Dimensjon av kvalitet	Finnes indikatoren JA/DELVIS/ NEI
			kontinuitet og involvere brukere	
Screening for delirium	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Delvis. Må utvikles i de fleste helseforetak
Screening for forverret somatisk tilstand	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Ja, men ikke systematisk
Tilstand hos nyfødte	Færre pasient-skader	Resultat	Trygge og sikre	Ja
Re-innleggelser innen 30 dager*	Færre pasient-skader	Resultat	Trygge og sikre og samordnet og preget av kontinuitet	Ja, men ikke systematisk
Legemiddel-samstemming inn og ut*	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre	Delvis. Finnes ikke for alle helseforetak
30-dagers overlevelse	Færre pasient-skader	Resultat	Virkningsfulle og trygge og sikre	Ja
Risikovurdering for underernæring	Færre pasient-skader	Prosess	Trygge og sikre og tilgjengelig og rettferdig fordelt	Delvis. Finnes ikke for alle sykehus, men skal rapporteres fra 2025

*Indikator basert på prioriterte nasjonale innsatsområder 2024-2027.

Det er krevende å finne gode overordnede indikatorer på systematisk læring og forbedring. En aktuell måling kan være å se på hvor mange av sakene som er meldt i avvikssystemet som er fulgt opp. At pasientskader i sykehus blir færre er også i seg selv en måling på bedre systematisk læring og forbedring.

Andre indikatorer som prosjektgruppen har vurdert er bl.a. 5-års overlevelse kreft, infeksjons- og revisjonsparametre innen ortopedi og anastomoselekkasje. Disse indikatorene er ikke inkludert i anbefalingene fra prosjektgruppen, men kan likevel være aktuelle lokalt, i helseforetakenes oppfølging av pasientskader.

Flere av indikatorene som prosjektgruppen foreslår, er screeninger – kartlegginger av om det foreligger en særlig risiko for en hendelse eller for en uønsket utvikling. Det gjelder screening for delirium, for underernæring, og for forverret somatisk tilstand. Det er viktig å huske at avkrysning på et kartleggings skjema har liten verdi **i seg selv**. Kvalitetsbrist blir det når vi **ikke** reagerer på erkjent risiko med å sette inn aktive tiltak. Den samme argumentasjonen gjelder for risiko for uønskede hendelser knyttet til kirurgiske hendelser slik vi søker etter når vi bruker «Sjekkliste for trygg kirurgi». Det er

avgjørende at sjekkpunktene blir vurdert inngående og at påvist risiko eller avvik blir fulgt opp. Det er behov for regelmessig å evaluere kvaliteten på selve gjennomføringen av «Sjekkliste for trygg kirurgi» og oppfølging av screeningresultatene for eksempel ved interne audits. Det samme gjelder for legemiddelsamstemming. Påvist forbedringspotensial bør være utgangspunkt for å forbedre prosessene.

Dokumentasjon for at disse screeningene/risikovurderingene er gjennomført, kan vi hente ut av eksisterende strukturert pasientinformasjon. Det er en underliggende forventning om at påvist risiko utløser korrigerende handling. Vi har i øyeblikket ikke tilgang på automatisert innhenting av data om oppfølging. Håpet er at dette kan bli mulig ved videre utvikling av systemene for journaldokumentasjon, kanskje ved bruk av kunstig intelligens.

4.1 Pasienterfaringsundersøkelser og pasientopplevd sikkerhet

1. Pasienter skal oppleve helsehjelpen som trygg og forståelig, og føle seg involvert og ivaretatt gjennom hele forløpet. Formålet med indikatoren er å fange opp pasientenes egne **erfaringer og opplevd** sikkerhet, slik at denne kunnskapen kan inngå i forbedringsarbeid i helsetjenesten

2. Øke bruken av pasienterfaringsundersøkelser og iverksette kunnskapsbaserte forbedringstiltak basert på undersøkelsene som styrker kvaliteten og pasientsikkerheten

Begrunnelse for valg

Brukererfaringer er en sentral kilde til kunnskap om kvaliteten av helsetjenester, og systematisk innsamling av pasientenes vurderinger er avgjørende for å sikre pasientsentrert praksis og kontinuerlig forbedring (OECD, 2017; Helsedirektoratet, 2023b). Brukermedvirkning er en demokratisk rettighet hjemlet gjennom pasient og brukerrettighetsloven, og skal derfor anerkjennes i systematisk forbedringsarbeid; <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pasientrapporterte data gir verdifull innsikt i pasienters opplevelser av helsetjenester, spesielt knyttet til informasjon, involvering, kommunikasjon og opplevd trygghet. Ved hjelp av anerkjente validerte spørreskjema kan man få pålitelig innsikt i pasienters erfaringer, som kan brukes til å forbedre tjenestene. PREM gir pålitelig innsikt i pasienters erfaringer og kan brukes til å forbedre tjenesten. PREMs er bl.a. et nyttig og bærekraftig verktøy for å identifisere forbedringsområder og for å evaluere helsetjenesten sett fra pasientens perspektiv.

Indikatoren kan bidra til å styrke både pasientsikkerhet og pasientenes rolle som aktive deltakere i utviklingen av helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2023b).

For å kunne bruke dataene effektivt i kvalitetsarbeid, forskning og styring er det også nødvendig med en indikator som måler andelen pasienter som faktisk deltar i undersøkelsene. Økt svarandel forbedrer påliteligheten i resultatene, avdekker variasjon i tjenestekvalitet og gir beslutningstakere bedre grunnlag for målrettede forbedringstiltak. I tillegg kan høyere svarprosent i slike undersøkelser reflektere pasientenes tillit og engasjement, og understøtter det juridiske og etiske kravet om brukermedvirkning som er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven (Regjeringen.no, 2023).

Ved å bruke pasientrapporterte datasom en indikator, kan spesialisthelsetjenesten systematisk måle og forbedre pasientopplevd sikkerhet. Dette gir et mer komplett bilde av kvaliteten på omsorgen og identifiserer områder for forbedring som er viktige for pasientene selv.

Datakilde

Pasienterfaringer i spesialisthelsetjenesten (FHI, 2009). Et generisk, kort spørreskjema med 10-12 spørsmål (PREM), og/eller The Patient-Reported Incident in Hospital Instrument (PRIH-I) med 13 spørsmål.

Helse Sør-Øst har arbeidet med å oppdatere spørsmålene i PREM, og når piloten er gjennomført 2025 kan spørsmålene deles med de andre regionene.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Det må jobbes mer med hvorvidt det er mulig å bruke en sumskår eller lignende som indikator for begge foreslåtte spørreskjema og/el. andre aktuelle skjema/instrumenter.

Eks. for responsrate:

Responsrate: andel pasienter som har svart på utsendte spørreskjema

Teller: Antall besvarte spørreskjemaer i avdeling

Nevner: Antall spørreskjemaer som er sendt ut i avdelingen

Referanseskår

Sammanligning over tid innen enhet (utvikling).

Sammenligning mellom enheter på ulike nivå (Post/enhet-klinikk-HF-RHF-nasjonalt gjennomsnitt).

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Indikatoren bør publiseres på avdelings- og helseforetaksnivå månedlig.

Nasjonalt bør indikatoren publiseres kvartals- eller tertialvis.

4.2 Måling av pasientsikkerhetsklime

Målsetting

Medarbeidere og ledere opplever at det er trygt å melde fra om uønskede hendelser og forbedringsområder, som bidrar til læring og bedre pasientsikkerhet.

Begrunnelse for valg

Medarbeidere har både rett og plikt til medvirkning på egen arbeidsplass, og arbeidsmiljøloven gir medarbeidere rett til å varsle om kritikkverdige forhold (Arbeidsmiljøloven, 2005). Specialisthelsetjenesteloven beskriver at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at medarbeidere gis opplæring og utdanning som er påkrevd for å utføre arbeidet forsvarlig (Specialisthelsetjenesteloven, 1999).

Bakgrunn for "trygt og melde" er helsetjenesten sin lovpålagte plikt til å dokumentere og melde hendelser. Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å varsle om dødsfall og svært alvorlig skade på pasient eller bruker som har sammenheng med helsehjelpen. I tillegg til å varsle Helsetilsynet ved alvorlige hendelser som har ført til dødsfall eller svært alvorlig skade, plikter virksomheten:

- å følge opp og informere pasienter og pårørende
- å gjennomgå hendelsen
- å identifisere og følge opp risikoreducerende tiltak.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten beskriver blant annet en plikt til å iverksette tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge brudd på faglig forsvarlighet, samt systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

Virkemidlene for å oppnå dette inkluderer ledelse og psykologisk trygghet (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Den årlige medarbeiderundersøkelsen "ForBedring" er en kartlegging av arbeidsmiljø og trygghetsklimate. Undersøkelsen dekker flere tema, inkludert arbeidsforhold, sikkerhetsklimate, lederatferd og oppfølging. Resultatene gir informasjon om arbeidsmiljø, læring og trygghetsklimate og kan bidra til å gi økt kunnskap om pasientsikkerhetsklimate og risiko for uønskede hendelser om undersøkelsen ses i sammenheng med andre kilder om pasientskader, f. eks. avvikssystem og registerdata.

ForBedring består av 46 spørsmål, og vi har valgt ut sju spørsmål som formidler aspekter ved trygghet å melde samt systematisk læring og forbedring. Ved valg av spørsmål er det lagt vekt på om spørsmålene reflekterer pasientsikkerhetsklimate, fremmer læring og forebygging, indikerer psykologisk trygghet, støtter systemtenking og har sammenheng med pasientsikkerhet.

Spørsmålene er valgt ut med bakgrunn i litteratur (Kohn et al., 2000; Vincent, 2010; Edmondson, 1999; Reason, 2000; Mardon et al., 2010; Brubakk et al., 2019; McHugh et al., 2021), etter konsensus i prosjektgruppen for arbeid med pasientsikkerhetsindikatorer, og i samarbeid med personer innen personal- og kompetanseutvikling med inngående kjennskap til, erfaring med og kompetanse på ForBedring. Med bakgrunn i dette arbeidet bør de utvalgte spørsmålene samlet kunne brukes som en samlet indikator som måler pasientsikkerhetsklimate. Oppsettet av spørsmål bør imidlertid kvalitetssikres og rettighetsvurderes av en mindre gruppe med høy kompetanse på spørreundersøkelser før indikatoren innføres.

Datakilde

Medarbeiderundersøkelsen ForBedring, som forvaltes i tråd med AD-møtesak 078/2017. Hensikten er å benytte allerede eksisterende spørsmål og resultat fra ForBedringsundersøkelsen på følgende spørsmål:

- 1. *Engasjement* Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb
- 2. *Teamarbeidsklimate* Det er lett å si ifra om problemer i pasientbehandlingen her
- 3. *Arbeidsforhold* Arbeidsbelastningen min er passe stor
- 4. *Sikkerhetsklimate* Det er trygt å si ifra om kritikkverdige forhold
- 4. *Sikkerhetsklimate* Vi diskuterer åpent feil og hendelser som oppstår for å lære av dem
- 4. *Sikkerhetsklimate* Mine kollegaer oppmuntrer meg til å si ifra om jeg er bekymret for sikkerheten
- 6. *Opplevd lederatferd* Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag

Basert på disse utarbeides en totalskår.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Gjennomsnittskår:

Teller: Total skår for alle svar som ikke er «vet ikke/ikke relevant»

Nevner: Antall svar som ikke er «vet ikke/ikke relevant».

Referanseskår:

Metode 1: Sammenligning med tidligere års resultater

Metode 2: Gjennomsnittskår for alle enheter som har deltatt i undersøkelsen. For avdeling blir sammenligningen med gjennomsnitt for klinikk. For klinikk blir sammenligningen med gjennomsnitt for helseforetak. For helseforetak blir sammenligningen med regionalt helseforetak. For regional helseforetak blir sammenligningen med nasjonalt resultat.

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Årlig indikator som bør vises nasjonalt på helseforetaksnivå. Hvert helseforetak må følge opp svar på undersøkelsen lokalt på avdelings- og enhetsnivå.

4.3 Bruk av sjekkliste *Trygg Kirurgi*

Målsetting

Øke etterlevelse av trygg kirurgi-sjekklisten ved kirurgiske inngrep, med mål om å redusere infeksjoner, komplikasjoner og dødelighet.

Begrunnelse for valg

Bruken av Trygg kirurgi-sjekklisten er et internasjonalt anerkjent tiltak som reduserer postoperative komplikasjoner som f. eks. postoperative sårinfeksjoner og dødelighet. Den er også anbefalt av WHO og brukt i nasjonale pasientsikkerhetsprogrammer (Nasjonalt kunnskapssenter, 2010). Flere studier har dokumentert en signifikant reduksjon i både postoperative komplikasjoner og mortalitet etter implementering av sjekklisten (Treadwell, et al 2014). Dette understreker sjekklestens potensial som et effektivt virkemiddel for å bedre pasientsikkerheten.

Videre fremmer sjekklisten tverrfaglig kommunikasjon og felles situasjonsforståelse i operasjonsteamet. Ved å skape faste rutiner for gjennomgang og informasjonsdeling mellom kirurg, anestesilege og operasjonssykepleier, reduseres risikoen for feil og misforståelser. Denne strukturerte dialogen bidrar til at hele teamet er samstemt om inngrepets karakter, risikofaktorer og pasientens status.

Et annet sentralt formål med sjekklisten er å forebygge alvorlige og potensielt fatale feil som feil pasient, feil inngrep eller feil operasjonsside – såkalte "never events". Ved å sikre at pasientidentifikasjon, inngrepsbekreftelse og merkede operasjonsområder kontrolleres systematisk, reduseres faren for slike hendelser betydelig.

Indikatoren kan kobles til områder som psykologisk trygghet, brukermedvirkning og kommunikasjon i overganger.

Datakilde

Uttrekk fra operasjonsplanleggingssystemer.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Andel kirurgiske inngrep der trygg kirurgi-sjekklisten er dokumentert brukt i henhold til nasjonale retningslinjer (alle tre deler skal være gjennomført). Antall inngrep der

sjekklisten er dokumentert brukt (alle tre deler) dividert på totalt antall relevante kirurgiske inngrep i perioden.

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Publiseres ukentlig på avdelings- og helseforetaksnivå. Som regional eller nasjonal indikator per kvartal eller halvår.

4.4 Blodbaneinfeksjoner

Målsetting

Beskytte pasienter mot alvorlige blodbaneinfeksjoner under innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Begrunnelse for valg

Blodbaneinfeksjoner er svært alvorlige infeksjonstyper og medfører økt sykkelighet, økt dødelighet og redusert livskvalitet for pasienten. Sykehusene må kontinuerlig følge med på egne infeksjonsdata for å bedre pasientsikkerheten, og infeksjonsdata må brukes i kvalitetsforbedringsarbeid (NOIS-forskriften, 2005). Det finnes foreløpig ingen nasjonal prospektiv insidensovervåking av intravaskulære infeksjoner i Norge.

I de nasjonale punktprevalensundersøkelsene som gjennomføres i alle norske sykehus to ganger årlig, overvåkes blodbaneinfeksjoner, men det registreres ikke om pasientene har hatt et intravaskulært kateter på registreringstidspunktet. Mange land har slik overvåking på plass, men ikke Norge. Dette er en klar mangel, og i tråd med Nasjonal én-helse strategi mot antimikrobiell resistens 2024–2033 er det behov for å utrede hvordan alle typer helsetjeneste-assosierte infeksjoner, inkludert blodbane-infeksjoner, best kan overvåkes.

Folkehelseinstituttet (FHI) har tatt initiativ til et nordisk samarbeid om automatisert overvåking av blodbaneinfeksjoner, og i videre arbeid bør spesialisthelsetjenesten samarbeide med Folkehelseinstituttet om data om blodbaneinfeksjoner.

Datakilde

Journalsystem, uttrekk fra NPR og laboratoriesystem.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Indikator for blodbaneinfeksjoner må samstemmes med pågående nasjonalt arbeid med handlingsplansplan for smittevern og antibiotikaresistens, som FHI leder.

Teller: Antall pasienter med positiv blodkultur etter innleggelse (kode for positiv blodkultur fra Norsk Laboratoriekodeverk/DIPS/Unilab og NCSP-koder PHX16 og PHX30)

Nevner: Totalt antall pasienter i gjeldende sykehus/avdeling

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Denne indikatoren kan publiseres på avdelingsnivå, helseforetaksnivå, regionalt og nasjonalt.

Indikatoren er ny og må utvikles, men eksisterende datasett fra journal- og fagsystemer i spesialisthelsetjenesten kan benyttes. Bør etterstrebe at indikatoren publiseres månedsvis og minimum kvartalsvis.

4.5 Systematisk opplæring i selvmordsforebygging blant helsepersonell

Målsetting

Forhindre selvmord og selvmordsforsøk blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helsepersonell ved kliniske enheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal ha gjennomført strukturert opplæring i henhold til nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2024a).

Begrunnelse for valg

Selvmordsratene blant pasienter i psykisk helsevern er sterkt forhøyet sammenlignet med i den generelle befolkningen, og det er behov for forbedringer i forebygging av selvmord i spesialisthelsetjenesten (Helsetilsynet, 2025). *Nasjonalt kartleggingssystem for selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* viser til at i overkant av 40 % av alle som dør ved selvmord i Norge, har hatt kontakt med tjenestene innen psykisk helsevern det siste året før selvmordet, mange av disse i løpet av de siste 90 dagene.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra 2024 vektlegger virksomhetens ansvar for opplæring og vedlikehold av medarbeidernes kompetanse innen selvmordsforebygging (Helsedirektoratet, 2024a). Denne indikatoren måler i hvilken grad medarbeidere i avdelinger/institusjoner for psykisk helsevern/tverrfaglig spesialisert rusbehandling har gjennomgått strukturert opplæring og har øvd på ferdigheter innen etisk refleksjon og klinisk veiledning om selvmordsforebygging slik retningslinjer har som sterk anbefaling.

Arbeid med indikatoren bør ses i sammenheng med tilleggsoppdrag TB2025-77 til de regionale helseforetakene, som omhandler hvordan nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og TSB kan etableres som varig løsning.

Datakilde

Gjennomført opplæring registreres lokalt, for eksempel via opplæringsprogrammet SIMPLE som er utarbeidet av Solli DPS og som er forankret i det interregionale fagdirektørmøtet. Tilsvarende registrering via eventuelle andre strukturerte opplæringsprogram.

Hovedmåltall

Andelen helsepersonell ved kliniske enheter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som har gjennomført opplæring i henhold til [nasjonal faglig retningslinje for selvmordsforebygging i psykisk helsevern](#), 2024.

Teller: Antall helsepersonell ved en klinisk enhet for psykisk helsevern eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling som har gjennomgått strukturert opplæringsprogram i selvmordsforebygging.

Nevner: Totalt antall helsepersonell medarbeidere ved den kliniske enheten med minimum 30%-stilling

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Indikatoren bør følges på enhets- og avdelingsnivå månedlig. Nasjonal indikator bør oppdateres halvårlig eller årlig.

4.6 Forbruk av bredspektret antibiotika

Målsetting

Redusere bruk av bredspektret antibiotika for inneliggende pasienter.

Begrunnelse for valg

Antibiotikaresistens er et voksende problem og en alvorlig trussel for framtidig medisinsk behandling (WHO, 2008). Feil bruk og overforbruk av antibiotika er blant de viktigste årsakene til antibiotikaresistens (Murray, et al, 2022). Begrensning av bredspektret antibiotikabruk og smitteverntiltak, er de viktigste tiltakene for å bremse spredning av antibiotikaresistente bakterier (WHO, 2015). En systemrettet tilnærming i form av antibiotikastyringsprogram er avgjørende for å lykkes i arbeidet for riktig bruk av antibiotika, og måling av forbruket av bredspektret antibiotika i helsetjenesten er en forutsetning for å få det til (Dyar, et al. 2017).

I Norge benyttes definerte døgndoser (DDD) per 100 liggedøgn som en standardindikator for antibiotikaforbruk i sykehus(FHI, 2020). Denne indikatoren er imidlertid sårbar for variasjon i liggetid over tid og mellom sykehus, og reflekterer i liten grad pasientenes medisinske behov. For å supplere dagens monitorering av antibiotikaforbruk foreslås derfor en ny indikator som tar hensyn til pasientsammensetningen (Skaare, et. al. 2023).

- Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk leverer data vedr. salg av antibiotika til sykehus
- SSB leverer innbyggertall
- Norsk pasientregister (NPR) leverer andre aktivitetsdata

Indikator for antibiotikabruk må samstemmes med pågående nasjonalt arbeid med handlingsplansplan for smittevern og antibiotikaresistens, som FHI leder.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Forbruk av et utvalg bredspektrede antibiotika basert på pasientindeks

Teller: DDD (definerte døgndoser)

Nevner: Antall pasienter (sum døgn- og dagopphold)/PSI (DRG-poeng per opphold)

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Indikatoren finnes ikke og må utvikles. Foreslått publiseringsfrekvens er månedlig og minimum per tertial.

Indikatoren kan publiseres på nasjonalt-, regionalt-, helseforetaksnivå og per behandlingsted.

4.7 Simuleringsbaserte læringsaktiviteter

Målsetting

Styrke helsepersonells kompetanse og beredskap, redusere risikoen for feil, og forbedre pasientsikkerheten, både i daglig drift og i akutsituasjoner.

Bakgrunn for indikator

Simuleringsbaserte læringsaktiviteter (SBLA) kan defineres som en rekke målrettede, strukturerte og deltakeraktive læringsaktiviteter hvor deltakerne håndterer realistiske situasjoner i et simulert miljø, og bygger erfaring gjennom refleksjon i og over handling (InterRegSim, 2022).

Det er viktig å skille mellom ferdighetstrening og fullskala simulering, selv om begge inngår under SBLA-paraplyen. Ferdighetstrening fokuserer ofte på tekniske, prosedyrerettede ferdigheter og individuell mestring (f.eks. suturteknikk eller bruk av utstyr), mens simulering i snevrere forstand gjerne involverer tverrprofesjonelt samarbeid, scenariobaserte øvelser og beslutningstaking i komplekse situasjoner. Begge former har egenverdi, men ulike mål og læringsutbytte, og det bør være en bevissthet i helseforetakene om hva som registreres og rapporteres som SBLA.

Det foreligger evidens for at simuleringsbaserte læringsaktiviteter (SBLA) bidrar til å forbedre pasientsikkerheten, forutsatt at aktivitetene gjennomføres regelmessig og er godt planlagt (O'Connor et al., 2018; Sørensen et al., 2022). Simulering har dokumentert effekt på både pasientutfall, samarbeid og organisatorisk læring. Eksempler inkluderer redusert behov for blodtransfusjoner etter fødsel (Egenberg et al., 2015), betydelig forbedring i responstid ved hjerneslag (Ajmi et al., 2019), og styrket akuttberedskap ved forverring hos barn (Theilen et al., 2013). I tillegg viser forskning at simuleringsbasert trening har høy overføringsverdi til klinisk praksis, også innen teknisk krevende prosedyrer som laparoskopisk kirurgi (Spiliotis et al., 2020).

Til tross for den dokumenterte effekten, opplever mange ledere utfordringer med å tilrettelegge for simulering i en hektisk klinisk hverdag, og SBLA nedprioriteres ofte med henvisning til behovet for å opprettholde pasientbehandling (Sørensen et al., 2022). Simulering styrker kommunikasjon, ledelse og beslutningstaking i team, og øker helsepersonells trygghet til å melde feil og identifisere systemsvikt før de fører til skade (Weaver et al., 2014). På bakgrunn av dette bør regelmessig SBLA inngå som en tydelig indikator i det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet.

Datakilde

Kompetanseportalen.

Hovedmåltall

Resultat: Andel helsepersonell som har gjennomført SBLA i en gitt periode (f.eks. kvartalsvis eller årlig)

Teller: Antall helsepersonell som har deltatt i SBLA, med kode for type simulering

Nevner: Totalt antall medarbeidere i klinisk virksomhet i enheten/avdelingen med minimum 50% stilling

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Lokalt nivå: Kvartalsvis. Regionalt nivå: Halvårlig. Nasjonalt nivå: Årlig.

4.8 Screening av eldre pasienter for delirium

Målsetting

Tidlig oppdagelse av delirium hos sykehusinnlagte pasienter over 75 år for å redusere risiko for forverret tilstand, funksjonstap og forlenget sykehusopphold.

Begrunnelse for valg

Delirium beskrives i en norsk artikkel som *“en akutt endring i oppmerksomhet, bevissthet og kognisjon og oppstår i forbindelse med fysiologiske endringer som sykdom, skader eller kirurgi . Delirium kan ramme alle, men høy alder og kognitiv svikt øker risikoen betydelig. Prognosen ved delirium er alvorlig, med høy dødelighet, økt behov for sykehjems plass og økt risiko for utvikling av demens. Pasienter med delirium har også høyere risiko for sykehuskomplikasjoner som fall og trykksår, og delirium bidrar til forlenget liggetid og økte kostnader. Tilstanden kan være krevende å håndtere for helsepersonell og er en skremmende erfaring for pasienter og pårørende.”* (Evensen, et al., 2019).

En norsk punktprevalensundersøkelse ved 10 norske akuttmottak i 2018 blant pasienter ≥ 75 år, fant at 17 % hadde funn forenlig med delirium og ytterligere 30 % hadde funn forenlig med kognitiv svikt av annen årsak (Evensen, et al., 2019). Alle sykehus og alle kategorier avdelinger som behandler eldre, har pasienter med delirium og kognitiv svikt. Antall pasienter med delirium forventes å øke med endret alderssammensetning av befolkningen.

Det er anslått at om lag en tredjedel av tilfellene av delirium kan forebygges (Ludolph, et al., 2020). Delirium er fortsatt lite kjent i befolkningen og blant helsepersonell, og screening for tilstanden vil være med på å øke oppmerksomheten og muligheten til å forebygge og behandle.

Datakilde

Elektronisk journal/kurve.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Andel pasienter over 75 år som er screenet for delirium en eller flere ganger i løpet et sykehusopphold.

Teller: Antall pasienter 75 år og eldre som har fått registrert en eller flere screeninger med validert verktøy (f.eks 4AT) i løpet av et sykehusopphold av minst 24 timers varighet.

Nevner: Antall sykehusopphold for pasienter 75 år og eldre av minst 24 timers varighet.

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Nasjonalt, regionalt og per helseforetak årlig. Per avdeling/klinikk bør indikatoren publiseres månedlig eller ukentlig.

Prevalenstall kan være aktuelt å presentere for utvalgte avdelinger som screener mer enn f.eks. 75 % av innlagte pasienter.

4.9 Screening for tidlig oppdagelse av forverret somatisk tilstand

Målsetting

Redusere risiko for alvorlige komplikasjoner hos inneliggende pasienter, og sikre rask og riktig behandling som kan redde liv.

Begrunnelse for valg

National Early Warning Score (NEWS) er et verktøy for tidlig oppdagelse av klinisk forverring hos pasienter. Verktøyet gir en skår basert på respirasjonsfrekvens, oksygenmetning, blodtrykk, hjerterefrekvens, våkenhet og kroppstemperatur (Royal College of Physicians, 2017; Gerry, 2020). NEWS brukes for å oppdage tegn til klinisk forverring tidlig, og dermed kunne respondere raskt ved å sette i gang effektiv behandling og andre tiltak (Smith, 2013).

Manglende eller for få NEWS-registreringer kan føre til at klinisk forverring av pasientens tilstand ikke oppdages i tide. Minimumskrav til skåringer styrker tidlig varslings og pasientovervåking. Minimum to målinger per døgn vurderes som nødvendig for å fange opp eventuelle endringer tidlig og iverksette tiltak.

Datakilde

Elektroniske pasientjournaler, elektroniske medikamentkurver og kvalitetssystemer.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Liggedøgn defineres som antall døgn pasienten er innlagt. Skåring defineres som registrering av vitale parametere brukt til å beregne NEWS. Liggedøgn med NEWS-skåring vurderes som oppfylt dersom det er gjennomført minst 2 NEWS-skåringer hvis alle skåringer = 0, eller minst 3 NEWS-skåringer hvis noen skåringer >0.

Andel liggedøgn som tilfredsstillt minimumskravet til NEWS-skåringer

- Teller: Antall liggedøgn som tilfredsstillt minimumskravet til NEWS-skåringer
- Nevner: Totalt antall liggedøgn.

Andre måltall:

Alternativ 1:

- Teller: Antall liggedøgn uten NEWS-skåringer

- Nevner: Totalt antall liggedøgn

Alternativ 2 (gjennomsnitt NEWS-skåringer per pasient per liggedøgn):

- Teller: Antall NEWS-scoringer
- Nevner: Antall liggedøgn

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Daglig internt (eksempelvis pasienttavler), minst en gang ukentlig på avdelingsnivå, og kvartalsvis rapportering til helseforetak.

4.10 Tilstand hos nyfødte barn

Målsetting

Bidra til å overvåke og forebygge fødselsskader.

Begrunnelse for valg

Apgar-skår er en klinisk metode, utført av helsepersonell, for å registrere vitalitet hos et nyfødt barn like etter fødsel. Et nyfødt barns Apgar-skår blir satt ved å evaluere barnets tilstand innen de fem områdene hjertefrekvens, respirasjon, muskeltonus, reaksjon og hudfarge. Barnet screenes 1 og 5 minutter etter fødsel. En skår på 3 eller mindre angir en kritisk tilstand for barnet, mens samlet skår på 7 eller over er normaltstanden. Både dødelighet og risiko for alvorlige nevrologiske skader er større hos barn med lav Apgar-score etter fem minutter enn hos barn med normal Apgar-score.

Noen barn med lav Apgar-skår har dette på grunn av skader i forbindelse med fødsel (Hem, E. 2011). Endel skader kan unngås. Fødselsskader har store konsekvenser for barnet og familien og kan føre til livslang funksjonsnedsettelse. Dette kan resultere i store utbetalinger fra Norsk Pasientskadeerstatning.

Datakilde

Medisinsk fødselsregister. Indikatoren er en eksisterende nasjonal kvalitetsindikator.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Andel nyfødte barn med Apgar score <7 etter 5 minutt

Teller: Antall nyfødte barn med Apgar score <7 etter 5 minutt

Nevner: Totalt antall nyfødte barn med Apgar score etter 5 minutt

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Årlig på regionalt og nasjonalt nivå. Følges løpende på avdelingsnivå.

Kan eventuelt visualiseres som dager mellom fødsel med barn med Apgar-skår <7.

4.11 Reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning fra sykehus

Målsetting

Forebygge unødvendige akutte reinnleggelser etter sykehusopphold, redusere belastning for pasienter og pårørende og bidra til helhetlige og trygge pasientforløp.

Begrunnelse for valg

En reinnleggelse er ofte en uønsket hendelse fordi det er en belastning for pasienter og deres pårørende og ressurskrevende for helsetjenesten. «Andel reinnleggelser» er en sentral kvalitetsindikator knyttet til innsatsområdet pasientoverganger i rammeverket, nærmere bestemt samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten der forekomsten av reinnleggelser er hyppig (Helsedirektoratet 2024).

Noen akutte reinnleggelser har i utgangspunktet klare og nødvendige årsaker. Men noen kommer også av at pasienten er utskrevet for tidlig, at det ikke var gitt god nok pasient- og pårørendeinformasjon ved utskrivning, at kommunikasjonen mellom nivåene var mangelfull eller sviktet, eller at primærhelsetjenesten ikke var i stand til å følge opp pasienten etter utskrivning (Wyller, 2020, Glette, et al., 2020). En kan da ende opp med en ny innleggelse som kunne vært unngått, eller andre tilstander som kunne vært behandlet mens pasienten var innlagt første gang. Å redusere reinnleggelser som kunne vært unngått vil være av stor verdi for både pasienter (særlig eldre og skrøpelige), pårørende og tjenesten.

En nasjonal indikator for reinnleggelser med hyppig nok publiseringsintervall, og som viser data ned til avdelingsnivå, vil kunne gi datagrunnlag for forbedringsarbeid i kliniske fagområder (for eksempel knyttet til utskrivingsprosessen, samhandling, identifisering av risikopasienter m.m.).

Reinnleggelser benyttes som kvalitetsindikator i flere land, og har i ulike varianter inngått i nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (Helsedirektoratet 2020) og i målkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene (2025 mfl.). Indikatoren finnes også i Samhandlingsbarometeret, vist som reinnleggelser per 1000 innbygger. Disse bygger på en internasjonal konvensjon på området der enhver etterfølgende akutt innleggelse som finner sted innen 30 dager etter utskrivelse betraktes som en reinnleggelse.

Datakilde

Data leveres fra Norsk pasientregister (NPR) med informasjon om pasientens status hentet fra Folkehelseregisteret påkoblet. Data registreres som en del av pasientens journal.

Hovedmåltall (teller/nevner)

Andel ØH-pasienter som er reinnlagt på sykehus innen 30 dager etter utskrivning

Teller: Antall pasienter som er akutt reinnlagt på sykehus uansett årsak mellom 8 timer og 30 dager etter utskrivning fra et forutgående sykehusopphold

Nevner: Alle avsluttede pasientopphold

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Månedlig uttrekk på enhets- og avdelingsnivå, helseforetaksnivå og regionalt. Nasjonal publisering tertialvis.

4.12 Legemiddelsamstemming utført a) innen 24 timer etter innleggelse og b) ved utskrivning fra sykehus

Målsetting

Redusere risikoen for legemiddelrelaterte pasientskader og sikre trygg og korrekt legemiddelbruk gjennom hele pasientforløpet.

Begrunnelse for valg

Studier viser at legemidler ofte ikke brukes optimalt og at legemiddelrelaterte problemer forekommer hyppig (WHO, 2019). WHO lanserte i 2017 "Medication without harm" som det tredje satsingsområdet i sitt pasientsikkerhetsprogram "Global Patient Safety Challenge". Konkret global målsetning for satsingsområdet er å redusere alvorlige legemiddelrelaterte pasientskader som kan unngås med 50 % i perioden 2017-2023 (WHO, 2017).

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang er metoder som anbefales for å bidra til trygg og effektiv legemiddelbruk (Helsedirektoratet 2022). Oppsummert forskning gir ikke entydige svar på om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang direkte kan knyttes til reduksjon av pasientskader, og det er behov for mer forskning på området (Andersen, et al, 2019). Det er likevel godt dokumentert at legemiddelsamstemming bidrar til å identifisere og avklare uoverensstemmelser og feil i pasienters legemiddellister, og at legemiddelgjennomganger bidrar til å identifisere og løse legemiddelrelaterte problemer (WHO, 2019).

Indikatoren er valgt fordi den gir direkte innsikt i implementering av pasientsikkerhetstiltak, har en sterk evidensbase og er knyttet til et område med høy risiko og forekomst av pasientskader. Den er også anbefalt av WHO og godt kjent fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Legemiddelsamstemming inn

Legemiddelsamstemming etter innkomst er en strukturert metode der helsepersonell, i samarbeid med pasienten, innen 24 timer etter innleggelse på sykehus gjennomgår og sikrer fullstendig liste over legemidler pasienten faktisk bruker. Dette er en viktig forutsetning for trygg og sikker legemiddelbruk gjennom det videre oppholdet. Legemiddelsamstemming er bare første steg i en sammenhengende prosess for god legemiddelhåndtering og skal etterfølges av legemiddelgjennomgang, men dersom det første steget ikke gjennomføres, vil det få følgefeil gjennom det resterende forløpet.

For en del innleggelser vil gjennomført legemiddelsamstemming ved innkomst være det viktigste for å også ha samstemt legemiddelliste ved utskrivelse.

Legemiddelsamstemming ut

Manglende og ufullstendig legemiddelinformasjon ved overganger i helsetjenesten er en

kjent samhandlingsutfordring. Lege som overtar ansvaret for pasientens legemiddelbehandling etter utskrivelse fra sykehus, trenger oppdatert og tilgjengelig informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker som grunnlag for å kunne vurdere pasientens tilstand og videre behandling. Gjennom en strukturert prosess for legemiddelsamstemming ved utskrivelse sikrer utskrivende lege at korrekt legemiddelinformasjon overføres til pasienten selv, og de som skal fortsette behandlingen.

Datakilde

Elektroniske pasientjournaler, elektroniske medikamentkurver, NPR og Pasientens legemiddelliste (PLL).

(Kan hentes automatisk ved enkelte regioner og HF i dag, men krever for noen teknisk utvikling, og i neste steg nasjonal harmonisering og standardisering for å sikre god kvalitet i prosessen og korrekt registrering.)

Hovedmåltall (teller/nevner)

Legemiddelsamstemming inn:

Teller: Antall innlagte pasienter hvor pasientens legemidler ble samstemt innen 24 timer etter innleggelsen

Nevner: Totalt antall inneliggende pasienter

Legemiddelsamstemming ut:

Teller: Antall innlagte pasienter hvor pasientens legemidler ble samstemt ved utskrivning

Nevner: Totalt antall utskrevne pasienter

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Månedlig eller tertialvis på avdelings- og helseforetaksnivå. Bør også publiseres regionalt og nasjonalt, minimum tertialvis.

4.13 30-dagersoverlevelse etter innleggelse (ikke fagspesifikt)

Målsetting

Verne pasienter mot skade og suboptimal behandling etter innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

Begrunnelse for valg

Nasjonalt faglig rammeverk for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring beskriver «færre pasientskader» som ett av tre mål for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet. Endringer i 30-dagers overlevelse etter innleggelse er et bredt mål på kvalitet i behandling som gis under og den første tiden etter et sykehusopphold. Suboptimalt resultat kan sees på som uttrykk for dårlig pasientsikkerhet. Overlevelse vurderes derfor som et uttrykk for pasientsikkerhet.

Bruken av 30-dagersoverlevelse etter innleggelse som kvalitetsindikator har vært mye diskutert de siste 20 årene. Blixt et. al. (2025) viser for eksempel til at en betydelig andel

av dødsfallene skjer etter utskrivelse fra sykehus, noe som utfordrer indikatoren som mål på kvaliteten ved selve sykehusoppholdet. I tillegg har Kunnskapssenteret (2005) tidligere påpekt at variasjoner i dødelighetstall mellom sykehus ofte kan skyldes forskjeller i kodepraksis, datakvalitet og organisatoriske forhold – snarere enn reell forskjell i behandlingskvalitet. Videre kan variasjon i pasientsammensetning (case mix) i stor grad forklare forskjeller i dødelighet, og det er uklart i hvilken grad risikojusterte dødelighetsrater faktisk reflekterer kvaliteten på helsehjelpen (Goodacre et. al. 2015).

Feiltolkning av dødelighetsestimater kan føre til misvisende konklusjoner om kvaliteten på helsehjelpen som gis. Informasjon som antyder at pasienter dør unødvendig på grunn av dårlig kvalitet på behandlingen, vil uunngåelig vekke oppmerksomhet.

Prosjektgruppen anbefaler derfor at indikatoren kun bør benyttes på lokalt nivå som en innledende indikasjon for potensiell risiko, men som etterfølges av grundigere fagspesifikke analyser som inkluderer justering for blant annet pasientsammensetning og øvre faktorer.

Indikatoren inngår i interregionalt klinisk dashboard, som er utviklet i Helse Sør-Øst RHF og gjort tilgjengelig nasjonalt gjennom Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Videre utvikling av indikatoren vil skje i et etablert interregionalt samarbeid.

Datakilde

Norsk pasientregister (NPR).

Hovedmåltall

Måltall 1: Risikojustert sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus.

Teller: Pasientforløp der pasienten er rapportert som død, uansett årsak, innen 30 dager etter innleggelse op sykehus.

Nevner: Alle avsluttede pasientforløp

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Bør publiseres kvartalsvis på klinikk- og helseforetaksnivå.

4.14 Risikovurdering for underernæring

Målsetting

Sikre identifisering av risiko for underernæring hos pasienter for å følge opp med tilpassede ernæringstiltak. Dette skal bidra til å forebygge og behandle underernæring og dermed forebygge funksjonsfall, redusere komplikasjoner og forlenget sykehusopphold.

Begrunnelse for valg

Risikovurdering for underernæring ved innleggelse på sykehus er forankret i lovverk og Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2022).

Underernæring forekommer i alle aldre og innenfor alle diagnosegrupper og vektclasser. Vi kan ikke se hvem som er underernært eller står i fare for å bli det. Underernærte har økt sykdomsbyrde, forkortet forventet levetid, økt risiko for komplikasjoner, forverret fysisk og kognitiv funksjon og redusert livskvalitet. I tillegg har underernærte personer redusert toleranse for behandling og økt antall liggedøgn på sykehus. Studier viser at tilpasset ernæringsbehandling til pasienter i risiko for underernæring reduserer reinnleggelser, komplikasjoner, funksjonstap og dødelighet (Gomes, 2019; Schuetz 2019) og understreker viktigheten av å identifisere, behandle og forebygge underernæring i sykehus.

Underernæring forekommer hyppig i alle deler av spesialisthelsetjenesten. I 2023 ble diagnosen registrert ved ca 5% av alle døgnopphold på tvers av avdelinger og spesialiteter, noe som utgjør over 23 000 pasienter nasjonalt (data fra Norsk pasientregister). Samtidig viser en studie fra norske sykehus at så mange som 29% av pasientene er underernærte, og det er store ulikheter i rapportering av underernæring (Paur, 2021). En nasjonal kartlegging fra 2024 påpeker at ernæringsområdet i spesialisthelsetjenesten er preget av ulikheter mellom helseforetakene, og at underernæring er underrapportert i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2024c). Høy forekomst og varierende praksis er to faktorer som bidrar til at underernæring er en risiko for pasientsikkerheten.

Underernæring og ernæringsbehandling krever tverrfaglig innsats, individuell tilpasning og ofte oppfølging etter utskrivelse. Derfor henger vurdering av risiko for underernæring også tett sammen med brukermedvirkning og samhandling og kommunikasjon i overganger.

Datakilde

Uttrekk fra journalsystemer via Norsk pasientregister (NPR).

Indikatoren vil utvikles som en del av arbeidet med "NKI ernæring" ledet fra Helsedirektoratet (jmf parallelle oppdrag).

Hovedmåltall

Måltall 1: Andel opphold der pasienten er vurdert for underernæring innen 24 timer* etter innleggelse, blant personer 18 år og eldre som er innlagt i somatisk avdeling på sykehus i ett døgn eller mer.

Teller: Antall opphold der pasienten er vurdert for risiko for underernæring med Malnutrition Screening Tool (MST) innen 24 timer* etter innleggelse (18 år og eldre).

Nevner: Totalt antall personer 18 år og eldre som har vært innlagt i somatisk avdeling på sykehus i ett døgn eller mer.

Måltall 2: Andel av vurderte som har risiko for underernæring.

Teller: Antall vurderte som har risiko for underernæring (MST skår ≥ 2).

Nevner: Antall vurdert for risiko for underernæring innen 24 timer etter innleggelse (teller måltall 1)

Måltall 2 bør kun publiseres for enheter der 50% eller flere av pasientene er risikovurdert for undervurdering (måltall 1).

*Også innen 48 timer og i løpet av oppholdet.

Publiseringsfrekvens samt nivå for publisering

Indikatoren bør publiseres månedlig på avdelings-, klinikk- og foretaksnivå. Nasjonalt og regionalt bør indikatoren publiseres halvårlig.

5. INDIKATORUTVIKLING OG VIDERE ARBEID

De anbefalte indikatorene består av noen indikatorer som relativt enkelt og raskt kan publiseres, mens andre vil det ta noe tid å etablere og publisere. Enkelte av indikatorene som er anbefalt er utviklet i en eller to regioner, men finnes ikke som nasjonal indikator.

Prosjektgruppen har vektlagt generiske indikatorer og har i liten grad funnet plass til fagspesifikke indikatorer innen andre felt enn psykisk helse/rusbehandling. Innenfor spesialisthelsetjenesten er psykisk helse/spesialisert rusbehandling, legemiddelsikkerhet, overganger og helsetjenesteassosierte infeksjoner slike prioriterte felt fra *Nasjonalt faglig rammeverk for bedre pasient- og brukersikkerhet*, og på bakgrunn av dette inkludert i prosjektgruppens anbefaling.

Prosjektgruppen anerkjenner videre at GTT-metoden gir viktig informasjon om pasientskader, men for at metoden skal kunne anbefales må videreutvikling og automatisert datafangst prioriteres.

Målet er at data som indikatorene bygger på, skal kunne hentes fra fagsystemer eller andre kilder ved automatisk datafangst, slik at rapporteringsbyrden for helsepersonell ikke øker. For at samtlige indikatorer skal kunne realiseres og publiseres, må det imidlertid påregnes en del arbeid, både regionalt og i helseforetakene der aktuelle fagmiljøer må involveres i de enkelte indikatorene. Det kan bli nødvendig å prioritere hvilke indikatorer som kan etableres først. Analyse- og IKT-miljøer må kobles på og involveres for å lage uttrekk, rapporter og dashboard. Automatisert datafangst er mulig for svært mange av de foreslåtte indikatorene, men etablering av database for disse fra ulike sykehus vil kreve arbeid over tid. Ressursbehov og tidshorisont for dette er ikke spesifisert i rapporten. Det må vurderes om det skal lages en nasjonal visning av indikatorene (på helseforetaksnivå), der for eksempel klinisk dashboard som forvaltes av SKDE, kan være en egnet løsning som bør vurderes nærmere.

Ved tilslutning til anbefalingene i rapporten, bør utvikling av indikatorene komme som et eget oppdrag i 2026, etter at rapporten er sendt til Helse- og omsorgsdepartementet senest 31. desember 2025.

6. REFERANSER

Aase, K. (2023). Pasientsikkerhet (1. Utg). Universitetsforlaget.

Ajmi, S. C., Advani, R., Fjetland, L., Kurz, K. D., Lindner, T., Qvindesland, S. A., ... & Kurz, M. (2019). Reducing door-to-needle times in stroke thrombolysis to 13 min through protocol revision and simulation training: A quality improvement project in a Norwegian stroke centre. *BMJ Quality & Safety*, 28(11), 939–948.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-009117>

Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman & Hall/CRC.
<https://doi.org/10.1201/9780429258589>

Anand, A., Cheng, M., Ibitoye, T., Maclulich, A. M., & Vardy, E. R. (2022, Mar 1). Positive scores on the 4AT delirium assessment tool at hospital admission are linked to mortality, length of stay and home time: two-centre study of 82,770 emergency admissions. Positive scores on the 4AT delirium assessment tool at hospital admission are linked to mortality, length of stay and home time: two-centre study of 82,770 emergency admissions, 51(3), p. afac051. [doi:10.1093/ageing/afac051](https://doi.org/10.1093/ageing/afac051)

Andersen, LJ., Schnipper, JF., Nuckols, TK., Shane, R., Le, MM., Robbins, K., Pevnick, JM., (2019). Effect of medication reconciliation interventions on outcomes: A systematic overview of systematic reviews. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 76 (24)2028–2040, doi.org/10.1093/ajhp/zxz236

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2021). Delirium Clinical Care Standard revised 2021. Retrieved from <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/clinical-care-standards/delirium-clinical-care-standard>

Beattie, M., Murphy, D. J., Atherton, I., & Lauder, W. (2015). Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Systematic Reviews*, 4, 97. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0089-0>Wikipedia

Blixt JP, Kristoffersen DT, Helgeland J, Thoresen C, Aylin PP, Tjomsland O. In-hospital versus postdischarge 30-day mortality in patients admitted after acute myocardial infarction (AMI), cerebral stroke or hip fracture: a cohort study based on registry data. *BMJ Open Quality*. 2025;14:e003030.

Brubakk, K., Svendsen, M. V., Hofoss, D., Hansen, T. M., Barach, P & Tjomsland, O. (2019). Associations between work satisfaction, engagement and 7-day patient mortality: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 9(12), e031704.

Crossan, M. M., Lane, H. W. & White, R. E. An organizational learning framework: from intuition to institution. *Academy of management review*, 24(3), 522-537.

Det norske akademis ordbok. (2025). Trygg. Det norske akademi for språk og litteratur.

Dyar OJ, Huttner B, Schouten J, Pulcini C. What is antimicrobial stewardship? *Clinical microbiology and infection : the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*. 2017;23(11):793-8.

Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.

Egenberg, S., Øian, P., Bru, L. E., Sautter, M., Kristoffersen, G., & Eggebø, T. M. (2015). Can inter-professional simulation training influence the frequency of blood transfusions after birth? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(3), 316–323.
<https://doi.org/10.1111/aogs.12569>

Evensen, S., Saltvedt, Ingvild, Ranhoff, A. H., Myrstad, M., Myrstad, C., Mellingsæter, M., Neerland, B. E. (2019, Mar 13). Delirium and cognitive impairment among older patients in Norwegian emergency departments. *Delirium and cognitive impairment among older patients in Norwegian emergency departments*, p. 139. doi:10.4045/tidsskr.18.0578

Folkehelseinstituttet. (2020). *Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2019 – metodebeskrivelse og analyser for landet samlet*.
<https://www.fhi.no/publ/2020/pasienters-erfaringer-med-norske-sykehus-i-2019-metodebeskrivelse-og-analy/>

Folkehelseinstituttet. Rapport: *Antibiotikaresistens: Kunnskapshull, utfordringer og aktuelle tiltak*. 12/2020 <https://www.fhi.no/publ/2020/antibiotikaresistens-kunnskapshull-utfordringer-og-aktuelle-tiltak>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (2008) (FOR-2008-04-03-320) Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Gerry, S., Bonnici, T., Birks, J., Kirtley, S., Virdee, P. S., Watkinson, P. J. & Collins, G. S. (2020). Early warning scores for detecting deterioration in adult hospital patients: systematic review and critical appraisal of methodology. *BMJ*, 369, m1501.

Glette, M. K., Kringeland, T. Røise, O., Wiig, S. (2020). Helsepersonells erfaringer med reinnleggelser fra primærhelsetjenesten - en oppsummering av en casestudie. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8 (1), s. 1-10.

Goodacre S, Campbell M, Carter A (2015). What do hospital mortality rates tell us about quality of care? *Emergency Medicine Journal* 2015;32:244-247.

Goll, J. B., Saga, E., Johnsen, B., Hoff, O. M., Martinaityte, I., Lavorsen, D. S., . . . Wang-Hansen, M. (2025, Mar 13). Skrøpeligheitscreening hos eldre i norske akuttmttak. Frailty screening of older patients in emergency departments in Norway, 145(4), p. 145. doi:10.4045/tidsskr.24.0504

Gomes F., Baumgartner A., Bounoure L., Bally M., Deutz N.E., Greenwald J.L, ... Schuetz P. (2019). Association of Nutritional Support With Clinical Outcomes Among Medical Inpatients Who Are Malnourished or at Nutritional Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, 2(11): doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.15138

Harrison, R., Iqbal, M. P., Chitkara, U., Adams, C., Chauhan, A., Mitchell, R., Manias, E., Alston, M., & Hadley, A. M. (2024). Approaches for enhancing patient-reported experience measurement with ethnically diverse communities: a rapid evidence synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 23, 26. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02107-5> BioMed Central

Helsedirektoratet. (2017). Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten; veileder til lov og forskrift. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2019). *Pasientskader i Norge 2018*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge/metode>

Helsedirektoratet (2020). Nasjonal kvalitetsindikator: [Reinnleggelse blant eldre 30 dager etter utskrivning - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2022). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering>

Helsedirektoratet. (2023a). *Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/rammeverk-for-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2023b). *Brukererfaringer i helse- og omsorgstjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/bruker erfaringer-i-helse-og-omsorgstjenesten>

Helsedirektoratet. (2024a). Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. [Selvmordsforebygging i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling \(TSB\) - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2024b). Utskrivningsklare pasienter. Utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning. [Utskrivningsklare pasienter - utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning](#)

Helsedirektoratet (2024c). Nasjonal kartlegging innen ernæringsområdet i spesialisthelsetjenesten. [Nasjonal kartlegging innen ernæringsområdet i spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

Helsetilsynet. (2024b). Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring. [Pasientskader – fortsatt muligheter for læring og forbedring | Helsetilsynet](#)

Helse Vest. (2024). Resultatrapport forbedring: nasjonal rapport frå undersøkinga i 2024. Helse Vest. <https://www.helse-sorost.no/4a6d80/contentassets/60030d71e8fe42caa1cf757f9a691486/Nasjonal-rapport-forbedring-2024.pdf>

Holmes AH, Moore LS, Sundsfjord A, Steinbakk M, Regmi S, Karkey A, et al. Understanding the mechanisms and drivers of antimicrobial resistance. *Lancet*. 2016;387(10014):176-87.

Kohn, L. T., Corrigan J. M. & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: building a safer health system* (1. utg). National academy press.

Ludolph, P., Stoffers-Winterling, J., Kunzler, A. M., Røsch, R., Vahl, C. F., & Lieb, K. (2020, Aug). Non-Pharmacologic Multicomponent Interventions Preventing Delirium in Hospitalized People. *68*(8), pp. 1864-1871. doi:10.1111/jgs.16565

Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of Patient Safety*, *6*(4), 226–232.

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C. & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, *397*(10288), 1905-1913.

Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: vår felles helsetjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

Meld. St. 10 (2013-2014). (2013). *God kvalitet – trygge tjenester*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-9-20232024/id3027594/>

Mellingsæter, M. R. (2020, Jan 23). Delirium og kognitiv svikt. Retrieved May 15, 2025, from <https://www.kompetansebroen.no/courses/delirium-og-kognitiv-svikt>

Murray CJL, Ikuta KS, Sharara F, Swetschinski L, Robles Aguilar G, Gray A, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*. 2022.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2005). *Dødelighet 30 dager etter innleggelse som kvalitetsindikator for norske sykehus – metodeutvikling og evaluering* (Rapport nr. 4–2005). Oslo: Kunnskapssenteret.

National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2023, Jan 18). Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care. London: NICE. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31971702/>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2010). WHO's sjekkliste for trygg kirurgi. Nr. 1 januar 2010. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/who-sjekkliste-for-trygg-kirurgi-1.pdf> Accessed 10.04.2022.

Nasjonalt senter for aldring og helse, Akerhus universitetssykehus. (n.d.). Tiltakspakke for tidlig identifisering og oppfølging av pasienter med delirium og kognitiv svikt. Retrieved from <https://www.aldringoghelse.no/wp-content/uploads/2024/05/tiltakspakke-for-tidlig-identifisering-og-oppfolging-av-pasienter-med-delirium-og-kognitiv-svikt-10-21082020.pdf>

O'Connor, P., Byrne, D., O'Dea, A., McVeigh, T. M., & Kerin, M. J. (2018). A systematic review of the effectiveness of simulation training for improving patient safety. *Simulation in Healthcare*, 13(1), 41–51. <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000299>

OECD. (2017). *Health at a glance 2017: OECD indicators*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

Paur I., Nilssen H., Thoresen L., Sygnestveit K., Juul, H.J. (2021). Underernæring – den mest underdiagnostiserte og underbehandlede tilstanden i Norge? *Norsk tidsskrift for ernæring*, 19;4. <https://doi.org/10.18261/ntfe.19.4.4>

Pripp, H. (2018). Validitet. *Tidsskr Nor Legeforen*, 138(13).

Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320(7237), 768-770.

Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2: standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Royal College of Physicians. https://www.rcp.ac.uk/media/a4ibkkbf/news2-final-report_0_0.pdf

Schuetz P, Fehr R, Baechli V, Geiser M, Deiss M, Gomes F, ..., Mueller B. (2019). Individualised nutritional support in medical inpatients at nutritional risk: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2019;393(10188):2312-2321. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32776-4.

Skaare D, Hannisdal A, Kalager M, Berild, Dag. Måling av bruk av bredspektrede antibiotika i sykehus med etablerte og nye indikatorer, *Tidsskriftet* utgave 6, 25. april 2023

Smith, G. B., Prytherch, D. R., Meredith, P., Schmidt, P. E. & Featherstone, P. I. (2013). The ability of the National Early Warning Score (NEWS) to discriminate patients at risk of early cardiac arrest, unanticipated intensive care unit admission, and death. *Resuscitation*, 84(4), 465-470.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Spiliotis, A. E., Spiliotis, P. M., & Palios, I. M. (2020). Simulation-based training in laparoscopic surgery: A systematic review of randomized controlled trials. *Minimally Invasive Surgery*, 2020, 5879485. <https://doi.org/10.1155/2020/5879485>

Stanić Benić M, Milanič R, Monnier AA et al. Metrics for quantifying antibiotic use in the hospital setting: results from a systematic review and international multidisciplinary consensus procedure. *J Antimicrob Chemother* 2018; 73 (suppl_6): vi50–8.

Sundaram, C. S., Campbell, R., Ju, A., King, M. T., & Rutherford, C. (2022). Patient and healthcare provider perceptions on using patient-reported experience measures (PREMs) in routine clinical care: a systematic review of qualitative studies. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 6(1), 122. <https://doi.org/10.1186/s41687-022-00524-0SpringerOpen+2SpringerOpen+2PMC+2>

Sørensen, J. L., van der Vleuten, C., Rosthøj, S., Østergaard, D., LeBlanc, V., & Dieckmann, P. (2022). Challenges in implementing simulation-based training in health care: A qualitative study. *Perspectives on Medical Education*, 11, 216–223. <https://doi.org/10.1007/s40037-021-00699-z>

Theilen, U., Leonard, P., Jones, P., Ardill, R., Weitz, J., Agrawal, D., & Simpson, D. (2013). Regular in situ simulation training of paediatric medical emergency team improves hospital response to deteriorating patients. *Resuscitation*, 84(2), 218–222. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.06.027>

Treadwell JR, Lucas S, Tsou AY. Surgical checklists: a systematic review of impacts and implementation. *BMJ Qual Saf.* 2014 Apr;23(4):299-318.

Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: A narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359–372. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-001848>

Wyller, T. B. (2020). Reell samhandling forebygger reinnleggelse (lederartikkel). *Tidsskr Nor Lægeforen* 140 (1).

Vincent, C. (2010). Patient safety (2. utg). Wiley-Blackwell.

World Health Organization (WHO) 2015. Global action plan on antimicrobial resistance Geneva, Switzerland. <http://www.who.int/iris/handle/10665/193736>

World Health Organization (WHO) 2009. WHO guidelines for safe surgery, Safe surgery saves lives. 2009. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1 Accessed 10.04.2022.

World Health Organization (WHO) 2017. Medication Without Harm. WHO Global Patient Safety Challenge <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (WHO) 2018. Preventing surgical site infections: implementation approaches for evidence-based recommendations.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/273154/9789241514385-eng.pdf?sequence=1> Accessed 10.04.2022.

World Health Organization (WHO) 2019. Medication Safety in Polypharmacy: Technical report.

World Health Organization (2020) Patient safety incident reporting and learning systems; technical report and guidance. Verdens helseorganisasjon.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>

7. VEDLEGG

1. Mandat - godkjent i interregionalt fagdirektørmøte 21.10.2024

Indikatorskjemaer for de anbefalte indikatorene kan sendes på forespørsel til Helse Vest RHF.



Prosjektgruppen på Gardermoen 7. mai 2025. Foto: Signe Gevik Harestad

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

Mandat for arbeidet med å følge opp rammeverk for pasientsikkerhet, ref. til tilleggsdokument 2024, etter Stortingets behandling av Prop 104 S (2023-2024)

I tilleggsdokumentet til Oppdragsdokumentet 2024, datert 03.07.2024, har RHF-ene fått følgende oppdrag:

- De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Vest RHF samarbeide om oppfølging av rammeverk for pasientsikkerhet, herunder fremme forslag til mål og indikatorer for pasientsikkerhet. Det vises til rammeverket for bedre pasientsikkerhet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan og oppdragsdokumentets mål om at «Ansatte i spesialisthelsetjenesten skal oppleve det som trygt å melde om uønskede hendelser og forbedringspunkter, og helseforetakenes system og kultur for tilbakemelding, oppfølging og læring skal bidra til færre pasientskader». Det er behov for en felles tilnærming for operasjonalisering og måling/rapportering for målene om «trygt å melde», «systematisk læring og forbedring» og «færre pasientskader», slik at en kan følge med på status og utvikling lokalt, regionalt og nasjonalt. Frist for oppdraget er 1. juni 2025.

Helse Vest RHF har fått i oppgave å lede arbeidet, og vil her gi en plan for hvordan oppdraget kan løses, for å kunne levere til fristen 1. juni 2025.

Hesledirektoratet har fått tilgrensende oppdrag om å koordinere oppfølgingen av det nasjonale rammeverket. RHF-ene vil derfor samarbeide med Helseledirektoratet om oppdraget.

Helse Vest RHF sin forståelse av oppdraget

Rammeverk for pasientsikkerhet er beskrevet i Meld. St. 9 i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027, kapittel 6. Rammeverket angir visjon, mål, nasjonale innsatsområder og hovedlinjer for arbeidet med pasient- og brukersikkerhet, basert på krav i lov og forskrift.

I rammeverket er det definert tre målområder;

- **trygt og melde**
- **systematisk læring og forbedring**
- **færre pasientskader**

Blant virkemidlene for å nå målene fremheves: psykologisk trygghet, kultur og arbeidsmiljø, ledelse, og pasient-, bruker- og pårørendeinvolvering

Hvert helseforetak har et selvstendig ansvar for å følge opp rammeverket, mens RHF-ene skal ta et overordnet ansvar for å tilrettelegge for operasjonalisering og måling/rapportering for målområdene som er definert i rammeverket. Hovedarbeid for arbeidsgruppen vil være å definere indikatorer (fremst resultatindikator, men også prosessindikatorer), for å kunne monitorere og følge opp måloppnåelse for de tre målområdene.

Overordnet har pasientsikkerhet og skader siden 2010 vært målt gjennom Global trigger tool-data (GTT). Siden GTT-data blir publisert på helseforetaksnivå, en gang årlig, er målemetoden lite egnet for å jobbe med kontinuerlig forbedring, og å håndtere risiko, på avdelingsnivå. Det er behov for å finne konkrete indikatorer for å måle pasientsikkerhet, utover GTT-data.

Det er viktig å se på tidligere arbeider om indikatorutvikling og nasjonale kvalitetsindikatorer. Utvikling av nye indikatorer må gjøres med forsiktighet, og indikatorer som ikke er i bruk bør bli vurdert slettet eller avregistrert. Spesialisthelsetjenesten har en stor mengde data tilgjengelig via dashboards og rapportportaler. For å få mer nyttige indikatorer som sier noe om målområdene, kan det være aktuelt å koble sammen allerede eksisterende data. Etablering av nye indikatorer bør ikke øke rapporteringsbyrden for helsepersonellet, men være basert på automatiske datauttrekk.

Mulige indikatorområder for de tre områdene

Eksempel på mulige datakilder for *Trygt å melde*: ForBedringsundersøkelsen, ev. andre medarbeiderundersøkelser, antall meldinger i avvikssystem, mm.

Eksempel på mulige datakilder for *Systematisk læring og forbedring*: Antall interregionale/nasjonale metodebøker, antall medarbeidere med forbedringskompetanse, antall saker meldt til strukturerte systemer for læring på tvers mellom sykehus, måling av regional- og nasjonal standardisering av metoder og retningslinjer, mm.

Eksempel på mulige datakilder for *Færre pasientskader*: kategori F og oppover i GTT data om pasientskader og legemiddelfeil fra avvikssystem, NPE-saker, koble NPR-data med registerdata (eksempelvis utskrivning av antibiotika innen to uker etter operasjonsdato), reinnleggelser m.m.

Disse eksempler må diskuteres og videreutvikles av og i samråd med prosjektgruppen som blir satt ned.

Sammensetning av prosjektgruppe

Prosjektgruppen skal bestå av representanter fra de fire helseregionene, og det er særlig behov for kompetanse innen: indikatorutvikling, forbedringskompetanse og statistikk, i tillegg til lang erfaring fra klinikk, sykehusdrift og sykehusledelse. **Det bør om lag være tre representanter per helseregion, forslagsvis én representant fra RHF og to fra helseforetak (som dekker medisinske fagfelt, kirurgiske fagfelt og psykisk helsevern/rus).**

SKDE og Helsedirektoratet skal også være representert i prosjektgruppen. Prosjektgruppen må inkludere brukerrepresentant og tillitsvalgt/vernetjenesten.

Helse Vest RHF vil, etter at mandatet er godkjent, sende ut brev til RHF-ene og Helsedirektoratet og be om representanter til arbeidet.

Oppgaver og prosess

Det planlegges tre fysiske møter: 2. desember, 17. februar og 7. mai. I tillegg planlegges det regelmessige teams møter og muligheter for skriftlige innspill. Et av teams-møtene vil være et innspillmøte som arrangeres av Helsedirektoratet, der invitasjon sendes ut bredt til hele helsetjenesten.

Første fysiske møte i prosjektgruppen vil være en type workshop, der det skapes felles forståelse for oppdraget og problemområder. Det andre fysiske møtet vil i hovedsak bestå av utvikling av ideer og indikatorer.

Helse Vest RHF vil være møteleder og skriveansvarlige mellom møtene. Det kan bli aktuelt at flere i arbeidsgruppen deltar med tekst, figurer og grafer.

Et første forslag fra prosjektgruppen vil presenteres for interregionalt fagdirektørmøte den 17. mars 2025. Etterpå skal hvert RHF forankre saken i regionale fagdirektørmøter, samt be egne helseforetak om innspill. Det arrangeres et avsluttende fysisk møte i mai for å vurdere og

innarbeide innspillene. Ferdig forslag fra prosjektgruppen blir deretter endelig behandlet av AD-møtet, før rapport til sendt til Helse- og omsorgsdepartementet.

Fremdriftsplan 2024-2025

