

Hvordan er pasientsikkerheten i norske sykehus?

Michael 2024; 21: 63–70
doi:10.5617/michael.10952

Med sentrale helsemyndigheter som pådriver er det gjennomført omfattende aktiviteter for å bedre pasientsikkerheten i norsk helsetjeneste. Det er usikkert i hvilken grad dette har gitt resultater. Det finnes ingen enkel måte å måle pasientsikkerhet på.

Den mest omfattende dokumentasjon har vi fra sykehusene, og det er grunn til å vektlegge tallene fra de løpende målingene av pasientskader med Global Trigger Tool (GTT-metoden). Det viser en relativ reduksjon av alle pasientskader på 8 %, og 45,8 % reduksjon av alvorlige skader i løpet av perioden 2012–2022. Dette står i kontrast til en stor økning av varsler til Statens helsetilsyn som kan være uttrykk for forbedring i meldekultur.

OECD har gjort et banebrytende arbeid med å beskrive organisering og gjennomføring av pasientsikkerhetstiltak i medlemslandene med tilordnede indikatorer som kan være egnet for internasjonal sammenligning. Foreløpig er det så få tall rapportert fra Norge at vi ikke kan vite noe sikkert om hvordan Norge plasserer seg.

Høsten 2023 uttalte helsedirektør Bjørn Guldvog til Dagens Medisin at det hadde vært en nedgang i pasientskader ved norske sykehus (1). Dette står i kontrast til en rekke medieoppslag de siste årene som etterlater inntrykk av at pasientsikkerheten ikke er tilfredsstillende. Det til tross for at det har vært jobbet systematisk med pasientsikkerhet de siste 20 årene, fra helsemyndighetene, sykehusene, profesjonsforeninger og en rekke andre aktører (2).

Pasientsikkerhet og pasientsikkerhetsarbeid

Begrepet pasientsikkerhet gjorde sin inntreden i 2000 med den amerikanske boka «To err is human: building a safer health system» (3). Bakgrunnen

var en erkjennelse av at for mange pasienter ble påført alvorlige skader og unødvendige dødsfall. I 2002 opprettet Verdens helseorganisasjon (WHO) «World alliance for patient safety» etter forslag fra den britiske Sir Liam Donaldson (4). Et av hovedformålene var å gjøre medlemslandene bedre i stand til å vurdere sine egne pasientsikkerhetsutfordringer og iverksette målrettede tiltak for å forbedre sikkerheten i helsetjenesten.

Verdens helseorganisasjon definerer pasientsikkerhet slik: «freedom for a patient from unnecessary harm or potential harm associated with health-care», på norsk «... (at) pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme» (5). I alminnelig tale blir nok begrepet ofte brukt mer upresist langt utover det som har å gjøre med skade eller risiko for å gjøre skade.

I 2007 kom boka til Peter F. Hjort (1924–2011), «Uheldige hendelser i helsetjenesten» (6). Den tok utgangspunkt i 50 uheldige hendelser fra arkivet til Norsk pasientskadeerstatning med en gjennomgang av hendelsesforløpet etterfulgt av forfatterens refleksjon. Hjort kom med forslag til hva som måtte gjøres for å redusere risikoen for slike hendelser. På denne tiden hadde enkelte større sykehus startet et systematisk arbeid for å få bedre oversikt over situasjonen og spre kunnskap om pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhetskampanjen ble lansert i 2011, og i 2014 ble den avløst av pasientsikkerhetsprogrammet (2). Dette initiativet ble iverksatt etter direkte engasjement fra daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie. Den sentrale forvaltningen av kampanjen og senere programmet ble lagt til daværende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og senere flyttet til Helsedirektoratet. Gjennom disse sentralt styrte aktivitetene ble det introdusert en rekke tiltakspakker for pasientsikkerhet. Helse- og omsorgsdepartementet påla sykehusene gjennom de årlige styringsdokumentene å innføre tiltakspakkene og ta del i de nasjonale stimuleringstiltakene som for en stor del ble gjennomført som kvalitetsforbedringsarbeid, gjerne med støtte i læringseminarer. Gjennomføring av programmet er evaluert i flere runder (7, 8). Legenes engasjement i slikt arbeid er undersøkt av Deilkås og medarbeidere (9) som fant at 85,7 % av de 1274 legene som besvarte, ønsket å delta aktivt, men flertallet av disse svarte at det ikke var avsatt tid til dette.

Kommunehelsetjenesten ble også oppfordret til å delta i aktivitetene selv om statlige myndigheter ikke har tilsvarende instruksjonsmyndighet over denne delen av helsetjenesten.

Hvordan kan vi vite noe om pasientsikkerheten i sykehusene?

Et spørsmål som tidlig ble reist, var hvordan man skulle kunne klare å evaluere innføring av tiltakene og om man etter noen tid kunne klare å

påvise reduksjon i forekomsten av uønskede hendelser og ikke minst skader i sykehusene. I den eksterne evalueringen av programmet er hovedvekten lagt på organisering og gjennomføring. Det fremkommer i liten grad hvilken effekt programmet har hatt på pasientsikkerheten, altså om det er oppnådd redusert risiko for pasientskader (8). Gjennom pasientsikkerhetskampanjen og det påfølgende programmet ble det innført løpende, systematiske registreringer av pasientskader i somatiske sykehus. Det finnes periodiske rapporter som sammenstiller tall fra 2012 til dags dato (10). Haugen og medarbeidere fant at innføring av et av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet, sjekklisten «trygg kirurgi», førte til reduksjon av perioperative komplikasjoner fra 19,9 % til 11,5 % (42,2 % relativ reduksjon) (11) og over tid kunne man måle styrking av pasientsikkerhetskulturen (12).

Det finnes ingen tilgjengelige, enkle rapporter som avspeiler nivået av pasientsikkerhet i helsetjenesten. Ideelt sett kunne man tenke seg at pasientsikkerhet ble uttrykt som andel pasientforløp uten uønskede hendelser av et visst alvorlighetsnivå. Det forutsetter en koding av pasientdata som ikke foreligger i dag. Norsk pasientregister inneholder ICD10-koder for alle diagnoser, og ettersom klassifikasjonen også gjør det mulig å registrere skader og komplikasjoner, kunne man tenke seg at dette var mulig. Det er imidlertid ikke tradisjon i Norge for å bruke disse skadekodene slik de er ment brukt. Storesund og medarbeidere (13) fant at ICD-kodene likevel kunne brukes som utgangspunkt for registrering av kirurgiske komplikasjoner, forutsatt manuell verifisering.

En annen mulighet er å følge Norsk pasientskadeerstatnings rapporter over medholdsaker. Svakheten er at denne ordningen er innrettet for å gi økonomisk kompensasjon der pasienter har hatt økonomisk tap som følge av svikt i behandling i helsetjenesten. Måten sakene rekrutteres på og det begrensede spekter av skader som inngår her, gir derfor ikke et representativt bilde av situasjonen. Det er også en utfordring at statistikken gjenspeiler vedtakstidspunkt, ikke skadetidspunkt. Derfor vil varierende og til dels lang saksbehandling påvirke statistikken. Tall fra Norsk pasientskadeerstatning viser at det har vært en relativ økning i antall saker på 13,4 % fra 2012 til 2022. Det har vært noe mindre relativ økning av medholdssakene, 9,6 % (personlig meddelelse Mette Willumstad Thomsen, Norsk pasientskadeerstatning, Oslo).

Global Trigger Tool (GTT) er en systematisk og vitenskapelig validert metode for journalgranskning som kan gi informasjon om forekomsten av pasientskader i sykehus (14). Gjennom pasientsikkerhetsprogrammet er GTT blitt etablert i alle norske sykehus der minimumskravet er tilfeldig uttrekk av 240 somatiske pasienter med lik fordeling fra alle to-ukers perio-

der i løpet av året (10). Noen store sykehus undersøker flere journaler. Metoden krever uavhengig journalgjennomgang av to ulike sykepleiere som identifiserer såkalte «triggere» eller markører for pasientskader. Når det registreres én eller flere triggere, blir journalen gjennomgått av trent lege som avgjør om dette er en skade som faller inn under definisjonen, hvilken type skade det er og alvorlighetsgrad. Samlet inkluderes nesten 10 000 pasientopphold fra alle sykehus hvert år, og metoden fremstår som valid på nasjonalt nivå, selv om tallene fra hvert enkelt sykehus blir relativt små. I Norge er det ved denne metoden blitt registrert at 12,6 % av alle inneliggende pasienter hadde en skade som følge av oppholdet i 2022. Tallet er relativt redusert med ca. 8 % siden 2012, og for de alvorlige skadene er den relative reduksjonen 45,8 %. Av rapportene som utgis hvert år, kan man lese at journalinformasjon om skader i løpet av disse årene har bedret seg, og at man derfor kanskje registrerer flere skadde nå enn tidligere. Det kan bety at den reelle bedringen er større enn det tallene tilsier. Det ble gjort en sammenligning av funn fra norske sykehus i 2013 med tilsvarende funn fra svenske sykehus (15). Der fant man at henholdsvis 13,0 % og 14,4 % (ikke signifikant forskjell) hadde fått påvist en skade under oppholdet. Denne metoden er relativt arbeidskrevende for sykehusene som foretar journalgjennomgangen ved hjelp av trent personell. Det har vært gjort flere forsøk på automatisert uttrekk og koding av journaldata ved hjelp av kunstig intelligens. I et forskningsprosjekt ved Nordlandssykehuset fant Mevik og medarbeidere at en slik metode var både pålitelig og arbeidsbesparende, selv om resultatene ikke samsvarte helt med resultatene fra ordinær GTT (16).

Det finnes en lang rekke nasjonale kvalitetsindikatorer som oppdateres regelmessig, kvalitetssikres og publiseres av Helsedirektoratet. Gjennom disse indikatorene kan man følge utviklingen over tid. Mange av indikatorene kan gi informasjon om spesifikke problemstillinger som sier noe om pasientsikkerhet. Eksempler på dette er indikatorene for postoperative sårinfeksjoner, forbruk av bredspektret antibiotika og andel pasienter med hjerneslag som får trombolytisk behandling innen anbefalt tidsfrist. Selv om hver og en av disse indikatorene kan gi et godt bilde av situasjonen innen sine spesialfelt, er det vanskelig å forestille seg hvordan dette skal summeres opp til å gi et helhetlig bilde av status for pasientsikkerhet i sykehusene.

Måling av pasientsikkerhetskultur

Pasientsikkerhetskultur er et uttrykk for holdninger og praksis som helsepersonell og deres ledere har, og som igjen påvirker behandlingen pasientene mottar. Pasientsikkerhetskulturen gjenspeiler samspillet mellom ansatte og

ledere, og en felles oppmerksomhet om hva som skal til for å forhindre pasientskade. I Norge brukes to ulike, validerte spørreundersøkelser som er egnet til å undersøke pasientsikkerheten: Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) (17) og Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) (18). Disse er relativt like, men resultatene kan dessverre ikke sammenlignes direkte. OECD har gjort en sammenligning mellom medlemslandenes målinger av pasientsikkerhetskultur (19). Her fremgår det at de fleste landene anvender HSOPSC, mens Norge har valgt å ta ut to dimensjoner fra SAQ kulturmålingene som inngår i de årlige medarbeiderundersøkelsene blant sykehusansatte: Teamsamarbeid (seks spørsmål) og sikkerhetskultur (sju spørsmål). Dermed er det ikke lett å sammenligne målingene med andre lands målinger. Selv om de årlige målingene bare gjøres i sykehus, finnes det også rapporter om slike kulturmålinger fra norske sykehjem (20).

I en longitudinell studie fra 2009 til 2017 som inkluderte kirurgisk personell ved to helseforetak der innføring av sjekklister for trygg kirurgi ble vitenskapelig evaluert, fant man signifikant forbedring av skåren på åtte av de 12 dimensjonene som inngår i HSOPSC – med den største økningen på dimensjonen «sykehuslederens støtte til pasientsikkerhet» (12).

En nylig publisert systematisk litteraturoversikt fant at flere vitenskapelige rapporter viste sammenheng mellom økning av pasientsikkerhetskulturmålinger og reduksjon i forekomsten av uønskede hendelser (21).

Hvordan har pasientsikkerheten utviklet seg i norske sykehus?

For å få et helhetlig bilde av dette er det mange variabler som må tas i betraktning. Ingen av disse er hver for seg egnet til å tegne hele bildet. Helsetjenesten er også i konstant utvikling slik at det ikke er gitt hvordan man skal sammenholde tallene. Fra 2012 til 2022 har det vært en økning på 17,2 % i antall pasientbehandlinger i sykehus, og det har vært en forskyvning fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske kontakter (Statistisk sentralbyrå, rapport 10261). I samme periode har antall medholdsaker i Norsk pasientskadeerstatning økt med 9,6 %, noe som er lavere enn økningen i pasientaktiviteten i sykehusene. Antall varsler til Statens helse-tilsyn som gjelder somatikk i spesialisthelsetjenesten, har i samme periode økt mer enn 3,5 ganger (22). Denne store økningen må forstås på bakgrunn av at varselordningen er blitt endret og bedre kjent i sykehusene. Samtidig har det i mange sykehus vært arbeidet aktivt med å forbedre meldekulturen. Økningen kan derfor i stor grad forklares med en økning i sikkerhets- og meldekultur. Det er derfor vanskelig å vite om noe av økningen gjenspeiler svekket pasientsikkerhet. Andel pasientskader i norske sykehus målt med GTT-metoden viser 8,0 % relativ reduksjon av skadeandelen (10). Det er

en beskjedne reduksjon i løpet av elleve år. Det interessante er imidlertid at andelen med alvorlig skade er betydelig redusert relativt sett, med hele 45,8 %. Til tross for at denne målingen er gjennomført med en ensartet og validert metodikk, kan det tenkes at en forbedret pasientsikkerhetskultur medfører større oppmerksomhet på pasientskader og bedre journaldokumentasjon. I så tilfelle vil det kunne føre til at man registrerer flere skader enn tidligere. Det er en mulig forklaring på at det ikke har vært like stor reduksjon i mindre alvorlige skader som i de alvorlige.

Selv om aktiviteten i somatiske sykehus har økt, har andelen opphold som gir rett til økonomisk erstatning, ikke økt like mye. Meldekulturen er forbedret, andelen pasientskader har gått noe ned, og andelen alvorlige hendelser er betydelig redusert. Det knytter seg imidlertid usikkerhet til hvordan en større økning av varsler til Statens helsetilsyn skal vurderes.

Hvordan er pasientsikkerheten i Norge sammenlignet med andre land?

Mangelen på standardisert rapportering av globale indikatorer for pasientsikkerhet gjør det vanskelig å sammenligne norske sykehus med internasjonale tall (23). OECD har etablert en database der tall for benchmarking er tilgjengelige. Dessverre rapporterer Norge foreløpig bare på et par av disse indikatorene. Ved sammenligning av tallene for postoperativ sepsis var Norge det landet som kom nest dårligst ut, selv om forskjellen mellom landene var liten. På indikatoren for gjenglemt instrument etter kirurgisk prosedyre, er Norges skåre som gjennomsnittet for medlemslandene. Det framheves at Norge har innført nasjonale GTT-målinger, men her er det foreløpig ikke foretatt sammenligninger med andre land.

OECDs ekspertgruppe mener at pasientsikkerhetsmålinger på tvers av et helsesystem er et viktig virkemiddel for å oppnå bedre pasientsikkerhet (23). Det er tre viktige komponenter i et slikt system: rapportering av uønskede hendelser (inklusive nesten-hendelser), rutinemessig innsamling av pasientadministrative data, sammen med data om komplikasjoner og uønskede hendelser (for eksempel GTT) og pasientrapporterte data.

Summary

Lead by the national health authorities, extensive activities have been carried out to improve patient safety in the Norwegian health service. It is uncertain to what extent this has produced results. There is no simple way to measure patient safety.

The most extensive documentation is originating from the hospitals, and there is reason to emphasize the figures from the ongoing measurements

of patient injuries with the Global trigger tool (GTT method). It shows a relative reduction of all patient injuries of 8 %, and a 45,8 % reduction of serious injuries during the period 2012–2022. This is in contrast to a large increase in notifications to the Norwegian Health Authority, which may be an expression of improvement in the reporting culture.

The OECD has done ground-breaking work in describing the organization and implementation of patient safety measures in the member countries with assigned indicators that may be suitable for international comparison. Currently, there are so few figures reported from Norway that we cannot know anything for sure about how Norway ranks.

Litteratur

1. Nedgang i pasientskader ved norske sykehus. *Dagens Medisin* 14.09.2023.
2. *Historien om I trygge hender*. Oslo: Helsedirektoratet, 2023. <https://www.itryggeghender24-7.no/om-i-trygge-hender-24-7/historikk> (18.01.2024)
3. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: The National Academic Press, 2000.
4. WHO. *World Alliance for Patient Safety*. Geneva: WHO, 2004. Tilgjengelig fra <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety> (18.01.2024)
5. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
6. Hjort PF. *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke og faktabok*. Oslo: Gyldendal akademisk, 2007.
7. Deloitte. *I trygge hender 24-7. Følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet - Devaluering 2*. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
8. Deloitte. *Sluttrapport for følgeevaluering av pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24-7»*. Oslo: Helsedirektoratet, 2019.
9. Deilkas ET, Rosta J, Baathe F et al. Physician participation in quality improvement work- interest and opportunity: a cross-sectional survey. *BMC Primary Care* 2022; 23: 267.
10. *Pasientskader i Norge 2022 – Målt med Global Trigger Tool*. Oslo: Helsedirektoratet, 2023.
11. Haugen AS, Søfteland E, Almeland SK et al. Effect of the World Health Organization checklist on patient outcomes: a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *Annals of Surgery* 2015; 261: 821–828.
12. Haugen AS, Søfteland E, Sevdalis N et al. Impact of the Norwegian National Patient Safety Program on implementation of the WHO Surgical Safety Checklist and on perioperative safety culture. *BMJ Open Quality* 2020; 9(3).
13. Storesund A, Haugen AS, Hjortås M et al. Accuracy of surgical complication rate estimation using ICD-10 codes. *British Journal of Surgery* 2019; 106: 236-244.

14. Eggenschwiler LC, Rutjes AWS et al. Variation in detected adverse events using trigger tools: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2022; 17: e0273800.
15. Deilkås ET, Risberg MB, Haugen M et al. Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BMJ Open* 2017; 7: e012492.
16. Mevik K, Hansen TE, Deilkås EC et al. Is a modified Global Trigger Tool method using automatic trigger identification valid when measuring adverse events? *International Journal of Quality Health Care* 2019; 31: 535–540.
17. Deilkås E, Hofoss D. Patient safety culture lives in departments and wards: multilevel partitioning of variance in patient safety culture. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 85.
18. Haugen AS, Søfteland E, Eide GE et al. Patient safety in surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 279.
19. de Bienassis K, Kristensen S, Burtcher M et al. *Culture as a cure*. OECD, 2020. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/6ee1aeae-en>. (18.01.2024)
20. Bondevik GT, Hofoss D, Husebø BS et al. Patient safety culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research* 2017; 17: 424.
21. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK et al. The association between patient safety culture and adverse events - a scoping review. *BMC Health Services Research* 2023; 23: 300.
22. *Statistikk fra avdeling for varsler og operativt tilsyn – varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn* Oslo: Statens helsetilsyn, 2023. https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsler_enhet/statistikk_varselordning.pdf (18.01.2024)
23. *Measuring Patient Safety - Opening the Black Box*. Paris: OECD, 2018.

Stig Harthug
 stig.harthug@helse-bergen.no
 Seksjon for forskning og fag
 Kirurgisk serviceklinikk
 Haukeland universitetssjukehus
 5021 Bergen

Stig Harthug er professor emeritus i indremedisin ved Klinisk institutt II, Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Han er ansatt i en forskerstilling ved Kirurgisk serviceklinikk i Helse Bergen og har tidligere vært leder for Seksjon for pasientsikkerhet i Forsknings- og utviklingsavdelingen i Helse Bergen. Fra 2010 til 2013 var han leder for referansegruppen til Pasientsikkerhetskampanjen i Norge.