



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Internserien 15/2010
Utgitt av Statens helsetilsyn

Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport

Saksbehandler: seniorrådgiverne Anne Berit Gunbjørud og Kurt I Myhre, 16. Juni 2010

Godkjent av: ass. direktør Geir Sverre Braut, 21. juni 2010

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag	3
2. Innledning	4
2.1 Generelt	4
2.2 Helsetilsynets satsing på tilsyn med tjenester til eldre.....	4
3. Metode	6
4. Resultater	8
5. Diskusjon	17
5.1 Vurdering av prosessen	17
5.2 Deltagernes evaluering	18
6. Konklusjon	19
7. Referanser	20
Vedlegg 1: Risikoområder – temaoversikt som underlagsmateriale til prosessen	21
Vedlegg 2: Deltagerliste.....	25

1. Sammendrag

Statens helsetilsyn har som målsetting å styrke tilsynet med spesialisthelsetjenesten. Som et ledd i denne styrkingen er det besluttet at det skal gjennomføres risikoanalyser/risikovurderinger på nasjonalt nivå av diagnosegrupper eller medisinske fagområder. Høsten 2009 ble det gjennomført en risikoanalyse av norsk kreftbehandling. Denne vil inngå som en del av grunnlaget for prioriteringer i det ordinære tilsynsarbeidet.

Satsing på tilsyn med tjenester til eldre skal pågå fra 2009 til 2012. Som en del av planleggingen av det landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre i 2011, er det besluttet at det skal gjennomføres en risikovurdering for å identifisere inntil 15 av de viktigste risikoområdene innen dette tilbudet. Resultatene skal ligge til grunn for prioritering av hvilke tema som skal danne grunnlaget for utarbeidelse av veileder for det landsomfattende tilsynet i 2011.

Helsetilsynets forberedelse bygget på erfaringene fra risikoanalysen av norsk kreftbehandling, men på grunn av tidsrammen var det forutsatt at de ulike trinn i planleggingen og forberedelsene skulle være ”betydelig forenklet” i forhold til denne.

Helsetilsynets forberedelse besto av litteratursøk nasjonalt og internasjonalt samt gjennomgang av ulike datakilder om uønskede hendelser/forhold. Etter en innledende prosess ble det identifisert 45 risikoområder. Notat med bl.a. oppstilling av disse (i ikke prioritert rekkefølge) ble sendt til en arbeidsgruppe av 17 ressurspersoner. Disse hadde god kunnskap og erfaring fra spesialisthelsetjenesten, noen også fra kommunehelsetjenesten. Gjennom en trinnvis prosess identifiserte arbeidsgruppen 14 risikoområder prioritert etter alvorlighet respektiv hyppighet. Det var god samstemmighet om resultatet.

De viktigste risikoområdene omfatter: Utilstrekkelig rask og kyndig hjelp til (skrøpelige) eldre med akutt sykdom eller skade; mangelfulle rutiner og kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelinger samt legemiddelrelaterte problemer.

Risikoområdene som ble identifisert, dreier seg mye om organisering og styring av spesialisthelsetjenesten. Risikostyring og lederoppfølging er viktige elementer for å minske risikonivået innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre.

Vi takker deltagerne og andre som har hjulpet oss, for gode bidrag til denne risikovurderingen av spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre.

2. Innledning

2.1 Generelt

Statens helsetilsyn er bl.a. pålagt å følge med på hvordan tjenester ytes og helsepersonell utøver sin virksomhet, og å gripe inn dersom virksomhet synes å være i strid med lovgivningen (lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, § 2).

Et av Helsetilsynets virkemidler er planlagte tilsyn gjennomført som systemrevisjoner. Det gjennomføres både landsomfattende tilsyn og tilsyn på områder bestemt av Helsetilsynet i det enkelte fylket. Landsomfattende tilsyn er f.eks. utført ved fødeinstitusjoner, akuttmottak og distriktpsikiatriske sentra.

Som en del av forberedelsene til tilsyn, har Statens helsetilsyn ofte hatt møter med både fagfolk og brukerrepresentanter for å få innspill til områder med risiko for svikt og der svikt har eller kan ha store konsekvenser for pasienten/brukeren. Tilsynet blir utformet og tema avgrenset etter disse innspillene.

Statens helsetilsyn har i de siste par år hatt som målsetting å styrke tilsynet med spesialisthelsetjenesten. Som et ledd i denne utviklingen, gjennomførte Statens helsetilsyn høsten 2009 et pilotprosjekt i form av en risikoanalyse av norsk kreftbehandling. Det omfattet hele omsorgskjeden med diagnostikk, behandling, oppfølging og terminalbehandling. Resultatet er publisert som Rapport fra Helsetilsynet 4/2010. Risikoanalysen vil inngå som en del av grunnlaget for prioriteringer i det ordinære tilsynsarbeidet.

Å gjøre risikovurderinger i bare ett fylke eller i en helseregion er ressurskrevende, og viktige områder med risiko for svikt kan bli oversett. For å forbedre og effektivisere utvelgelsen av områder for tilsyn, er det besluttet at det på nasjonalt nivå skal gjennomføres risikoanalyser/ identifisering av risikoområder av diagnosegrupper eller medisinske fagområder.

Helsetilsynets risikovurderinger, planlegging og gjennomføring av tilsynsvirksomhet og lignende, står ikke i motsetning til og erstatter ikke virksomhetenes løpende, interne arbeid med kvalitetsutvikling, risikostyring, internkontroll med mer. Virksomhetene i helsetjenesten bør selv bruke resultatene i sitt løpende interne kvalitetsarbeid. Et av Helsetilsynets mål er at nasjonale risikoanalyser, som øvrige tilsynsaktiviteter, skal gi inspirasjon til interne prosesser i helsetjenesten. Det har vi gode erfaringer med bl.a. etter føde-, akutt- og blodbanktilsyn.

2.2 Helsetilsynets satsing på tilsyn med tjenester til eldre

Satsing på tilsyn med tjenester til eldre skal pågå fra 2009 til 2012 og omfatte hele tjenestetilbudet til eldre. Det er planlagt å gjennomføre landsomfattende tilsyn på følgende områder:

2010: kommunale sosial- og helsetjenester,

2011: spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre,

2012: samhandlingen mellom nivåene.

Planen skisserer en bred tilnærming med sammensatt virkemiddelbruk, og gir rom for å bruke ulike metoder og tilnærminger. Et viktig område vil være å fokusere på betydningen av å formidle erfaringer og kunnskap fra tilsynet.

Som en del av planleggingen av det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre i 2011, ble det besluttet at det skulle identifiseres inntil 15 av de viktigste risikoområdene innen dette tjenesteområdet. Dette arbeidet vil ligge til grunn for prioritering av hvilke tema som skal danne grunnlaget for utarbeidelse av veileder for det landsomfattende tilsynet i 2011.

Denne rapporten omhandler primært resultatene av prosessen med å identifisere disse risikoområdene.

3. Metode

Helsetilsynets forberedelse bygget på erfaringene fra risikoanalysen av norsk kreftbehandling, men på grunn av en stram tidsramme var det forutsatt at de ulike trinn i planleggingen og forberedelsene skulle være ”betydelig forenklet” i forhold til denne.

Arbeidsprosessen fremgår nedenfor.

Det ble innledningsvis innhentet kunnskap om uønskede hendelser/forhold og risikoområder fra norske og utenlandske kilder. Tilsynsrapporter; tilsynssaker; meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 registrert i Meldesentralen, og annen informasjon hos Statens helsetilsyn og Helsetilsynet i fylkene ble gjennomgått. Andre kunnskapskilder var Rapport 2009/5 Diakonhjemmet Høgskole ”Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre” (1); SMM-rapport nr 11/2003 ”Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget” (2); Nasjonal helseplan IS-1498 ”Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenesten for eldre” (3), ”Risikoanalyse av kreftbehandling i Norge” (4), Kreftregisteret (www.kreftregisteret.no) og Norsk Pasientskadeerstatning (NPE). Internettsidene til Helsetilsynets søsterorganisasjoner i Sverige, Danmark, England og Skottland ble gjennomgått, og det ble gjort litteratursøk i PubMed. Det ble også gjennomført intervju med noen fagpersoner.

På bakgrunn av kunnskapsinnhenting ble det identifisert 186 risikoområder. Flere av temaene var overlappende og ble omformulert til ett risikoområde. Planleggingsgruppen satt igjen med ca 160 risikoområder, og ut i fra disse foretok planleggingsgruppen en prioritering. Det ble strøket:

- Problemer knyttet til kommunehelsetjenesten og andre kommunale ytelser.
- Problemer knyttet til samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Enkelthendelser som eldre ikke er spesielt sårbare for.
- Generelle forhold som eldre ikke er spesielt sårbare for.

De gjenværende 45 risikoområdene ble opplistet i ikke-prioritert rekkefølge, se vedlegg 1. Listen var ikke ment å være uttømmende eller ”korrekt”, men ment å være et hjelpemiddel.

Neste steg i prosessen med å identifisere og vurdere risikoområdene innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre, var å invitere ressurspersoner med god kunnskap og erfaring fra spesialisthelsetjenesten, og noen fra kommunehelsetjenesten. Det ble forventet at deltagerne kunne ha andre forslag til viktige, uønskede hendelser/ risikoområder.

Planleggingsgruppen valgte ut personer som var aktuelle, og henvendte seg direkte til potensielle deltagere. Ekspertgruppens sammensetning fremgår av tabell 1 og vedlegg 2.

<i>Fagområde</i>	<i>Antall</i>
Geriatrici	6
Annen indremedisin	2
Sykepleie	2
Fysioterapi	2
Ergoterapi	2
Anestesi/intensivmedisin	1
Allmennedisin	1
Samfunnsmedisin	1
<i>Sum</i>	<i>17</i>

Tabell 1 Deltagerne etter fagområde

Notat med informasjon om bakgrunn, hensikt, gjennomføring av arbeidsseminaret samt opplistning av de 45 identifiserte risikoområdene, ble sendt til deltagerne 10 dager forut for arbeidsmøtet.

Målsetting for arbeidsmøtet 29. – 30. april 2010 var å identifisere inntil 15 av de viktigste risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre for bruk til planlegging av landsomfattende tilsyn i 2011.

For å komme frem til (ca) 15 risikoområder ble det valgt en trinnvis tilnærming basert på gruppearbeid vekslende med diskusjoner i plenum. Etter en generell innledning ble deltagerne fordelt på 3 grupper á 5-6 eksperter. Ingen andre enn ekspertene deltok i gruppearbeidene. Første runde med gruppearbeid/plenum munnet ut i 5 risikoområder som ble med videre til den andre runden. Etter de to rundene var 14 risikoområder identifisert. Disse ble i tredje runde prioritert etter alvorlighet respektiv hyppighet. Den fjerde runden skulle klargjøre årsakene til de 3 – 5 viktigste risikoområdene.

4. Resultater

Gruppearbeidet resulterte i utvelgelse av 14 temaområder som ble ansett som de viktigste risikoområdene. Et av temaene handlet om overordnet organisering og vil i det følgende bli omtalt separat, øvrige 13 temaer handlet om sykehusenes interne funksjoner og prosesser.

Ressurspersonene foretok en rangering av risikoområdene etter alvorlighetsgrad fra 1 – 13, der 1 var mest alvorlig. Tilsvarende gjaldt for vurdering av hyppighet. Videre bidro ressurspersonene med utdypninger av og kommentarer til de enkelte temaer. Mange av disse er relevante for flere av temaene og ikke bare der de fremgår nedenfor.

Generelle kommentarer fra deltagerne:

- Deltagerne pekte på at flere av temaene på listen var så betydningsfulle at rangering ikke var meningsfullt. Ingen av de utpekte risikoområdene på listen er sjeldne, alle er ganske vanlige i sykehushverdagen.
- Gode resultatdata mangler på en rekke områder innen norsk medisin, også innen geriatrien. Generelt er det for lite fokus på kvalitetssikring. Kvalitetsregistre ville kunne gi opplysninger om utfall av behandling/behandlingsforløp med mer.
- Eldre utgjør en stor andel av pasientene på sykehusavdelingene, f.eks. gjelder over 50 % av liggedøgnene på intensivavdelinger pasienter over 60 år. Generelle kvalitetsforbedringer på mange områder i sykehusene vil derfor også komme de eldre til gode. Imidlertid er det forhold som er spesielle for de gamle, og som det må tas hensyn til. Derfor er geriatri som spesialitet viktig.

Overordnet	Mangelfull organisering av spesialisthelsetjenester til eldre , herunder de regionale helseforetakenes ansvar for å yte en tilstrekkelig og forsvarlig spesialisthelsetjeneste til eldre.
-------------------	--

Kommentarer fra deltagerne:

- Det er tendens til at de regionale helseforetakene/helseforetakene forventer at flere gamle pasienter i framtiden skal behandles i kommunehelsetjenesten, og at Samhandlingsreformen ytterligere vil forsterke dette. Men de eldste eldre (80+) som blir syke, har ofte sammensatte og kompliserte sykdommer og vil trenge sykehusbehandling. De regionale helseforetakene og helseforetakene må konsultere SSBs prognoser for befolkningsutviklingen i eget opptaksområde og se på hvilke konsekvenser denne vil ha for hvilken kapasitet og kompetanse man vil trenge de neste 10 -15 årene. God overordnet planlegging og gjennomføring av planene, er en forutsetning for at tjenestene til de eldste eldre og samarbeidet med kommunene skal fungere godt.

- Holdninger som ageism (generell nedprioritering/diskriminering av eldre), kan påvirke helsevesenet på mange nivåer i RHF-ene og HF-ene. Det samme gjelder for utdanningsinstitusjonene. Hvordan disse håndterer fagfeltet er av betydning for holdninger og rekruttering til fagområdet. Sentralt er også om utdanningsinstitusjonene får tilstrekkelig tilbud om praksisplasser i HF-ene. Det kan stilles spørsmål ved om helsepersonellens utdanning er god nok på dette feltet. Har for eksempel sykepleieren kompetanse til å se når det foreligger endringer/problemer hos den skrøpelige eldre pasient som ubehandlet kan føre til alvorlig funksjonssvikt?
- Mangelfull utbygging av geriatrike enheter er et problem.
- Aktørene på avdeling/postplan må tilstrebe å gi faglig god behandling selv om det ikke skulle foreligge overordnede planer.
- Kunnskap om aldring har vært undervurdert. Kunnskapen om de eldres særlige behov må spres utover i organisasjonene, også på administrativt nivå.
- Forutsetning for å rekruttere leger til å spesialisere seg i geriatri er at det er en faglig sterk og aktiv avdeling. (Rekrutteringen har bedret seg de siste årene.)
- Det kan være uheldig å la økonomiske incentiver (DRG-systemet) ”trekke i andre retninger” enn fagligheten.

Nedenfor er de 13 risikoområdene listet opp i rekkefølge etter alvorlighetsgrad fra 1 – 13 i den første kolonnen, 1 er mest alvorlig. Ressursgruppens vurdering av hyppigheten av de samme risikoområdene er angitt i den andre kolonnen. Risikoområdene som kommer langt ned på listen er ikke lite alvorlige eller sjeldne, men mindre alvorlige og mindre hyppige enn de som står øverst på listen.

Alvorlighet 1	Hyppighet 3	Skrøpelige eldre med akutt sykdom eller skade får ikke tilstrekkelig rask og kyndig hjelp (ventetid før innleggelse, i mottakelsen og under oppholdet. Manglende tverrfaglig akuttgeriatrike tiltak, suboptimal slagbehandling, bruddbehandling etc).
--------------------------	------------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- Det er ofte manglende rutiner i akuttmottak for å ivareta de eldre (manglende helhetlig tilnærming). Innleggingsdiagnosen kan være feil, og det kan lede inn i feil behandlingsskjede. Mangelfulle opplysninger om pasientenes tilstand før den akutte sykdom inntraff, kan føre til feilvurdering av pasientens prognose og påvirke valg av behandling. Symptomene ved forskjellige tilstander kan være annerledes hos eldre enn hos yngre, og diagnostikken kan være vanskelig. Eksempelvis legges 30 % av slagpasientene inn under andre innleggingsdiagnoser enn slag, og 30 % av pasienter med slag som innleggingsdiagnose, har i virkeligheten andre tilstander.

- I akuttsituasjoner er det tendens til at (enkelte) fagpersoner nedprioriterer de eldre. Det kan ha med holdninger å gjøre (se forrige avsnitt).
- Forsinket diagnostikk og igangsettelse av behandling kan føre til økt dødelighet og sykkelighet ved en rekke tilstander. Det kan også øke pasientens risiko for å bli varig pleietrengende.
- Problemet med forsinket diagnostikk og oppstart av behandling gjelder ikke bare i forbindelse med innleggelse i sykehuset, men også ved akutte tilstander som oppstår mens pasientene er inneliggende. Komplikasjoner/akutt organsvikt etter kirurgi eller annen intervensjon medfører særlig høy dødelighet som kan forebygges med god overvåking og ved tidlig intervensjon.
- På hjemmesidene til Norsk Geriatrisk forening finnes en ”Standard for geriatrik utredning og behandling i akuttgeriatrike enheter”, samt en metodebok for en rekke andre ikke-akutte sykdommer hos eldre. Her foreligger også en metodebok utarbeidet av foreningens kvalitetsutvalg (<http://www.legeforeningen.no/geriatri>). Rutiner (f.eks. sjekklister og retningslinjer) for enkelte problemstillinger må likevel ikke gå på bekostning av pasienter med er andre og mer uklare problemstillinger.
- Det hender akutt syke eldre blir lagt direkte inn i sykehjem og ikke via sykehus hvor den diagnostiske kompetansen finnes. Det kan i enkelte tilfelle ha som konsekvens at korrekt diagnose ikke stilles.
- De fleste blir lagt inn i spesialiserte somatiske avdelinger/subspesialiserte avdelinger og får derigjennom ikke den nødvendige helhetlige og tverrfaglige tilnærmingen de har behov for. Pasienter kan bli innlagt på andre avdelinger enn der de hører hjemme pga. kapasitetsproblemer, eller de kan bli korridorpasienter. I avdelingene kan det være manglende kontinuitet pga. vaktsystemer og turnus (dette kan også handle om intern kommunikasjon).
- Det bør være egne akuttgeriatrike avdelinger/poster på større sykehus. Behovet for egne geriatrike akuttmottak vurderes ulikt. Bekymringen er at det i stedet for å gi et bedre faglig tilbud, kan diskriminere eldre fra akuttmedisinsk behandling i et godt utstyrt akuttmottak. Fokuset bør derfor rette seg mot tilbudet som sådan i akuttmottaket.
- Akutt forvirring oppstår svært ofte som en følge av akutt sykdom og skade hos eldre. Manglende skjerming av pasienten og overbehandling med psykofarmaka er vanlig ved de fleste sykehusavdelinger. Det forsinker mulighetene for bedring, forlenger sykehusoppholdet og bidrar til varig funksjonssvikt.
- Flere pasienter får ikke tilstrekkelig behandling på det nivå i behandlingsskjeden som er best for pasienten. Rask og god vurdering i akuttsykehus bør følges opp videre gjennom hele behandlingsskjeden og ut i kommunehelsetjenesten.

Alvorlighet 2	Hyppighet 2	Legemiddelrelaterte problemer. Manglende rutinemessig gjennomgang av legemiddelbruken, polyfarmasi, over- og underbehandling, behandling med risiko for interaksjoner, uhensiktsmessig legemiddelbruk.
-------------------------	-----------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- Det finnes en god del litteratur om konsekvensene av polyfarmasi (bruk av mange medisiner på samme tid). Legemiddelrelaterte problemer har alle grader av konsekvenser fra bagatellmessige til alvorlig funksjonssvikt og død. Legemidler kan være årsak til vanlige problemer hos eldre som svimmelhet, falltendens, forvirring og ernæringssvikt.
- Fire grupper medikamenter er spesielt problematiske: Warfarin (blodfortynnende)¹, digitalis/antiarytmika (hjertemedisin), diuretika (vanndrivende) og psykofarmaka (medisiner mot psykiske lidelser/tilstander).
- Regelmessig gjennomgang av medikamentbruken av lege ved innleggelse i sykehus ville kunne avhjelpe en del problemer. Likeledes vil en klinisk farmasøyt kunne hjelpe med dette.
- Det er vanlig med overdreven respekt for behandlinger startet av andre leger (fastlege, andre spesialister) (seponeringsangst). Medikamentell behandling har blitt svært kompleks, det kan for eksempel være vanskelig for en ortoped å ha full oversikt over hva den gamles medisinerer innebærer, f.eks. av interaksjoner.
- Medikamentjungelen har blitt bare større og større. Bruk av flere medikamenter øker risikoen for interaksjoner. En informasjonskilde som DRUID (Drug Information Database) er nyttig verktøy for å få oversikt over dette, men brukes for lite. Innkjøpsordninger og prishensyn gjør at det veksles mellom synonympreparater eller medikamenter i samme gruppe med risiko for at pasienten ender opp med dobbeltbehandling. (Pasienten gjenkjenner f.eks. ikke fargen på de nye tablettene, og tar den de kjenner fra før i tillegg "for sikkerhets skyld")
- Feilmedisinering kan også skyldes forskrivnings-/ordineringsfeil, doseringsfeil, medikament gitt til feil pasient etc.
- Manglende compliance (pasienten gjør feil i forhold til hva som er forordnet) er lite aktuelt under sykehusopphold, men forekommer ofte etter utskrivelsen.

¹ Warfarin gir ofte alvorlige bivirkninger særlig pga. mangelfull monitorering av behandlingen.

Alvorlighet 3	Hyppighet 1	Mangelfulle rutiner og kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelinger om utredning, behandling og oppfølging av geriatriske pasienter og personer med demens. Manglende helhetlig, tverrfaglig geriatrisk kartlegging (comprehensive geriatric assessment=CGA).
--------------------------------	------------------------------	--

Kommentarer fra deltagerne:

- Disse problemene er svært vanlige, de øker faren for unødvendig funksjonssvikt, og øker risikoen for at pasienten får store pleiebehov eller ender som sykehjemspasient. Forsinket behandling kan også medføre økt dødelighet.
- Akuttavdelinger er preget av kort liggetid og en ”kaotisk” hverdag. Målet må ikke være å ha så kort liggetid som mulig, men å gi forsvarlig behandling.
- I stor grad handler dette om kompetanse og rutiner. Hvis det ikke finnes tilgjengelig geriatrisk ekspertise blir det for lite ”geriatrisk tenkemåte” og for lite fokus på geriatriske problemstillinger. Det mangler kompetanse og rutiner for å identifisere dem som har spesielle behov. En del problemstillinger kan ”bli borte på veien” og bli oversett, det gjelder spesielt diagnostikk og behandling av tilstander som depresjon, demens, osteoporose, urininkontinens og falltendens.
- I sykehusavdelingene kan det være manglende innsikt i og forståelse for betydningen av tverrfaglighet samt manglende respekt for hverandres kompetanse. Det er et ledelsesansvar å prioritere og å gi rom for tverrfaglig samarbeide. Tverrfaglighet forutsetter imidlertid at det er et tilstrekkelig antall av forskjellige yrkesgrupper til stede i avdelingene.
- Rimelige, klare rammevilkår kan avhjelpe en del. Opplæring er viktig, blant annet må det være tilstrekkelig praksisplasser for studenter (spesielt sykepleierstudenter) i relevante avdelinger. Det må være fokus på tverrfaglighet for alle helsefagstudentene.

Alvorlighet 4	Hyppighet 4	Mangelfull tverrfaglig tidlig aktivisering, mobilisering og rehabilitering under og etter sykehusopphold fører til mentalt og fysisk funksjonstap og redusert evne til egenomsorg.
--------------------------------	------------------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- Dette er gjennomgående fenomener som delvis skyldes tidspress, men også økonomisk press, selv om det er godt dokumentert at tidlig mobilisering gir bedre resultater både på kort og lang sikt.

- Det er ulogisk å nedprioritere denne type tiltak fordi tidlig aktivisering i lengden er ressursbesparende. Svikt på dette området gir økt risiko for komplikasjoner, økt liggetid, økt fare for varig funksjonssvikt, økt institusjonsbehov og redusert livskvalitet.
- Gode rutiner og faglig kompetanse er avgjørende for å igangsette tidlig tverrfaglig aktivisering, mobilisering og rehabilitering. Manglende kunnskap bidrar til at kanskje flere pasienter blir liggende i sengen under måltidene fremfor å sitte oppe og spise. Det kan også rett og slett være praktisk for avdelingen at pasienten ligger til sengs.

Alvorlighet 5	Hyppighet 5	Manglende kompetanse og kapasitet i det psykiatriske behandlingstilbudet til eldre
--------------------------------	------------------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- Alderspsykiatri ble ulikt vurdert av gruppene på grunn av at gruppene tildels hadde ulik kompetanse, til dels ulik erfaring om fagfeltet.
- Generelt er det for lite kunnskap om mentale tilstander hos de eldre. Behandlingsbare lidelser blir ikke identifisert eller blir feilbehandlet. Det gjelder særlig depresjon. Depresjon kan gi funksjonssvikt, eventuelt ernæringsvikt, og i verste fall selvmord.
- ”Opptappingsplan for psykisk helse” peker på at det er for dårlig behandlingstilbud til denne pasientgruppen.
- Det er grunn til å tro at det er regionale forskjeller.

Alvorlighet 6	Hyppighet 6	Nedprioritering av eldre på operasjonsprogrammet. Utsettelse av planlagt operasjon, f.eks. ved hoftebrudd. Belastende preoperative prosedyrer må gjentas.
--------------------------------	------------------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- Nasjonal standard for maksimal ventetid før operasjon for hoftebrudd (48 timer) er for lite ambisiøs.
- Eksempler på preoperative prosedyrer som er belastende og som mulig må gjentas, er måling av lungefunksjon og nyrefunksjon.

- Ofte ønsker anestesivdelingen ekko cor for å utelukke klaffesykdom og hjertesvikt. Ved kapasitetsproblemer på kardiologisk side kan venting på denne undersøkelsen i seg selv bli en av hovedårsakene til utsatt operasjon.
- Problemet med ventetid på operasjon er muligens særlig et problem på store sykehus, i mindre grad på de små.

Alvorlighet 7	Hyppighet 10	Manglende kartlegging av ernæringsstatus hos pasientene
-------------------------	------------------------	--

Kommentarer fra deltagerne:

- Hyppig problem.
- Det finnes nasjonale retningslinjer for ernæring/ernæringsvikt, og dette temaet handler om oppfølging av denne.

Alvorlighet 8	Hyppighet 12	Kommunikasjonssvikt. <ul style="list-style-type: none"> - Internt i sykehuset ved overflytting mellom sengeavdelinger. Rutiner for informasjonsinnhenting, - Ved overføring til den kommunale helsetjeneste. Eldre som skal overføres til hjemmebaserte tjenester omfattes i for liten grad av gode dokumentasjonsrutiner.
-------------------------	------------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- Dette handler generelt om informasjonsflyt, at dokumentasjonen ikke følger pasienten ved flytting mellom enheter – både innen sykehuset og mellom spesialist-helsetjenesten og primærhelsetjenesten (samhandling).
- Det gjøres utilstrekkelig fortløpende dokumentasjon og bruk av elektronisk pasientjournal.
- Ufullstendig informasjon om medisinbruk synes å være spesielt problematisk.
- De store sykehusene er subspecialiserte og det er mindre grad av generell indremedisinsk kompetanse. På små sykehus er det vanligvis kortere avstand mellom spesialistene, slik at forhold kan oppklares raskere og uten at man trenger å forflytte pasientene.

Alvorlighet 9	Hyppighet 7	Det legges for lite vekt på å forebygge komplikasjoner og påførte hendelser som delirium, ernæringssvikt, depresjon, infeksjoner (f. eks. gastroenteritter), trykksår og fall.
--------------------------------	------------------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- Dette handler mye om kunnskaper, holdninger og rutiner. Ofte mangler det rutiner for kvalitetssikring på den enkelte avdeling/sykepost. Sykehuskomplikasjoner er hyppig og har alle alvorlighetsgrader. I tillegg til å være alvorlig for pasientene, er det kostbart for samfunnet.
- Korridorpasienter har økt risiko for slike komplikasjoner.

Alvorlighet 10	Hyppighet 11	Akutt forvirring (delirium) blir ikke erkjent/diagnostisert og behandlet.
---------------------------------	-------------------------------	--

Kommentarer deltagerne:

- Det er for lite kunnskap om delirium. Delirium blir ofte ikke erkjent og pasientene blir feilbehandlet. Utagerende pasienter med delirium blir ofte opplevd som problematiske, og ikke som utfordrende pasienter. "Stille" delirium er vanskelig å erkjenne.
- Delirium forlenger sykehusoppholdet, gir varig funksjonssvikt og økt dødelighet.

Alvorlighet 11	Hyppighet 13	Manglende bruk av pårørende som samarbeidspartner ved informasjonsinnhenting og ved planlegging av videre tiltak
---------------------------------	-------------------------------	---

Kommentarer fra deltagerne:

- De fleste pårørende er gode støttespillere, men ikke alltid. Man må være bevisst i hvilken grad det er samsvar mellom pasientens ønsker og behov og det pårørende uttrykker. Samtaler med pårørende kan gjøres som et strukturert intervju og dermed gi noe mer enn en vanlig samtale.
- I prinsippet gjelder taushetsplikten også når man kommuniserer med pårørende.
- Helsepersonell fra kommunehelsetjenesten kan også være aktuelt å trekke inn som samarbeidspartner ved informasjonsinnhenting.

Alvorlighet 12	Hyppighet 9	Manglende kapasitet/tilbud i slagenheter, de eldste pasientene blir nedprioritert
---------------------------------	------------------------------	--

Kommentarer fra deltagerne:

- Effekten av tverrfaglige slagenheter er vitenskapelig godt dokumentert. Rask behandling i en slik enhet gir bedre funksjon. Behandling i slagenhet gir redusert dødelighet, mindre tap av funksjonsevne og bedre livskvalitet.
- Slagenheter er nokså ulikt implementert i de ulike helseforetakene. De er ulikt dimensjonert, og det er ulike kriterier for inntak (aldersgrenser). Det er ikke likegyldig hvilken avdeling slagenheten blir lagt til. Lokalisering i nevrologisk avdeling gir i en del tilfeller andre tilnærminger enn lokalisering i medisinsk avdeling. Noen steder er det organisatoriske forhold som kan være uhensiktsmessige.

Alvorlighet 13	Hyppighet 8	Omsorg ved livets slutt: Manglende kartlegging av den eldres ønsker og behov ved innkomst i sykehus. Unødvendige livsforlengende tiltak. Mangelfulle palliative tiltak.
---------------------------------	------------------------------	--

Kommentarer fra deltagerne:

- Mangler på dette området kan føre til økt ressursbruk og forlenget lidelse.
- God omsorg i denne fasen er tidkrevende.
- Retten til en verdig død er lite påaktet i sykehushverdagen.

5. Diskusjon

5.1 Vurdering av prosessen

Som det fremgår innledningsvis, bygget Helsetilsynets forberedelser på erfaringene fra risikoanalysen av norsk kreftbehandling.

For å kunne gjennomføre en god planlegging av denne type prosesser, må tidsperspektivet ikke undervurderes. Den knappe tiden som sto til rådighet ved denne risikovurderingen, hadde konsekvenser for muligheten for å sette sammen en bred og representativ ressursgruppe. Selv om vi startet å rekruttere personer til ekspertgruppen så snart det var praktisk mulig, viste det seg at flere av ressurspersoner vi kontaktet, var opptatt på andre kanter. Imidlertid var alle som ble kontaktet, engasjerte og hadde ønske om å bidra i prosessen dersom det hadde vært praktisk mulig for dem. Vi er takknemlige for at så mange likevel fant tid og mulighet til å være med.

Lengre tid til forberedelse vil også gi ytterligere mulighet for å bearbeide det innhentede materialet, referanser og lignende, samt la noen av deltagerne gjennomgå og justere formuleringene på forhånd for å sikre at de 45 risikoområdene best mulig avspeiler den medisinske hverdag. Materialet burde også være sendt ut lenger tid i forveien enn det som var tilfelle denne gangen (10 dager). Ved at det sendes ut tidligere, vil deltagerne også ha større mulighet for å forberede seg, f.eks. gjennom kontakt med andre kollegaer.

Det ble fulgt et trinnvis opplegg med gruppearbeid og utfyllende diskusjoner i plenum. Det var god samstemmighet mellom gruppene, og det var stor enighet om identifiseringen av de 14 viktigste risikoområdene.

Det ble fra møteleder presisert at ekspertgruppen bare skulle ha fokus på det rent faglige og identifisere risikoområder ut i fra en slik vurdering. Disse faglige vurderingene vil så ligge til grunn for Helsetilsynets valg av tema/temaområder for tilsynet i 2011.

Erfaringene viser at en kombinasjon av gruppearbeid og diskusjoner i plenum er en god og hensiktsmessig arbeidsform som gjennom en trinnvis prosess identifiserer risikoområder. Forutsetningen for at prosessen skal lykkes, er god planlegging og en strukturert og ryddig møteledelse. Det var samme møteleder denne gangen som ved kreftanalysen, noe som også denne gangen fungerte meget godt. Dette ble også presisert av deltagerne.

Selv om ekspertgruppen kunne hatt en bredere sammensetning og burde fått tilsendt bakgrunns materialet lenger tid i forkant, mener vi at gruppa gjennom sin faglige tyngde, engasjement og fokus, vurderte og analyserte det medisinske tilbudet på en måte som ga et godt risikobilde av spesialisthelsetjenestetilbudet til skrøpelige eldre.

5.2 Deltagernes evaluering

Av de 17 ressurspersonene som var invitert til å delta, var det 2 som bare deltok den første dagen. Av de 15 personene som var med under hele møtet/prosessen, var det 13 som besvarte evalueringsskjemaet. Evalueringene var entydig positive i ”samlet vurdering av prosessen” hvor alle ga skåring 4 eller 5 (1 var dårligste vurdering, 5 var beste vurdering).

I forhold til praktiske forberedelser utført av Statens helsetilsyn, herunder tilsendt notat med bl.a. innspill til risikoområder (i alt 45), ga 12 av deltagerne skåring 4 eller 5. Samme antall ga skåring 4 eller 5 til: møteledelsen, gruppearbeidene samt oppsummering av alvorlighet og hyppighet.

Det var enighet om at Helsetilsynet bør gjenta tilsvarende risikovurderinger for andre fagområder som: Psykisk helse, behandling av kritisk syke i sykehus, kommunal rehabilitering i forhold til eldre, fagplaner utdanning, ungdoms helse, generelle problemstillinger knyttet til tilstand/rutiner/risiko i akuttmottak.

Mange kommenterte at det hadde vært en lærerik, inspirerende og ”artig” prosess. Det ble også vist til at i gruppene, og særlig i plenum, ble alle hørt og tatt på alvor.

Av kritiske merknader ble det særlig pekt på at ekspertgruppen burde vært bredere sammensatt. Man etterlyste bl.a. kirurger og ortoped(er), alderspsykiatrisk kompetanse og farmasøytisk kompetanse.

Det ble også pekt på at kontakt om deltagelse ble tatt (for) sent.

6. Konklusjon

For å kunne gjennomføre en god planlegging av denne type prosesser, må tidsperspektivet ikke undervurderes. Den knappe tiden som sto til rådighet ved denne risikovurderingen hadde konsekvenser for muligheten for å sette sammen en bred og representativ ressursgruppe. Tross de nevnte begrensningene, ansees resultatene robust nok til å kunne benyttes som grunnlag for prioritering av tema for det landsomfattende tilsynet med spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre i 2011.

Risikoområdene som ble identifisert, dreier seg mye om organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å dekke befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, ”sørge-for”-ansvaret. Det må inkludere et tilstrekkelig og forsvarlig spesialisthelsetjenestetilbud som tilpasses (skrøpelige) eldre.

Risikostyring og lederoppfølging av resultatene med risikostyring, er viktige elementer for å minske risikonivået innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. Dette inkluderer også hvilket fokus og hvilke aktiviteter helseforetakene har på sitt kontinuerlige forbedringsarbeid, og hvor virkningsfulle disse aktivitetene er.

Helsetilsynet mener at helsetjenesten, utdanningsinstitusjonene mfl vil kunne bruke resultatene fra denne risikovurdering som underlag for å prioritere tiltak for å eliminere eller redusere mulige årsaker til risiko. Helsetilsynet vil derfor vurdere hvordan innholdet kan gis en mer generell spredning, men valg av tilsynsområder vil i seg selv sette fokus på noen av risikoområdene. Helsetilsynet håper også at ressurspersonene som deltok i prosessen, vil bidra til spredning av denne rapporten.

7. Referanser

Hviding K, Mørland B. Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? SMM-rapport nr. 11/2003. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, 2003
(21.06.10)

Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre. Rapport IS-1498. Oslo: Sosial - og helsedirektoratet, 2007
(21.06.10)

Sørbye LW, Grue EV, Vetvik E. Kunnskap om svikt i tjenester til skrøpelige eldre. Nyere norsk forskning relatert til helse- og sosialtjenesten. Rapport 2009/5. Oslo: Diakonhjemmet høgskole, 2009
(21.06.10)

Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Nasjonale faglige retningslinjer. Rapport IS-1688. Oslo: Helsedirektoratet, 2010 (21.06.10)

Risikoanalyse av kreftbehandling i Norge. Rapport fra Helsetilsynet 4/2010. Oslo: Statens helsetilsyn, 2010
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2010/helsetilsynetrapport4_2010.pdf (21.06.10)

Vedlegg 1**Risikoområder – temaoversikt som underlagsmateriale til prosessen**

Nedenfor fremgår de 45 risikoområder som planleggingsgruppen har identifisert, i *ikke* prioritert rekkefølge. Som det fremgår pkt. 6 ovenfor, er listen ikke ment å være uttømmende eller ”korrekt”, men er ment som hjelpemiddel for deltagerne i forberedelsene til arbeidsmøtet. Vi forventer derfor at deltagerne vil kunne ha andre forslag til viktige, uønskede hendelser/risikoområder.

Planlegging og organisering

1. Eldre som opplever akutt traume eller sykdom, får ikke tilstrekkelig rask og kyndig hjelp (inkl. prehospitale tjenester).
2. Manglende tilbud tilrettelagt for skrøpelige eldre med akutt sykdom (akuttgeriatrisk post, enhet for eldre med brudd, slagenhet mv.).
3. For liten kapasitet på helsepersonell med geriatrisk kompetanse (prioritering av utdanningskapasitet – ulike instansers ansvar).
4. For liten kapasitet på geriatriske sengeenheter.
5. Mangelfull organisering av spesialisthelsetjenester til eldre, herunder de regionale helseforetakenes ansvar for å yte en tilstrekkelig og forsvarlig spesialisthelsetjeneste til eldre.
6. Utskrivningsklare pasienter blir værende i sykehusavdelinger.

Dokumentasjon og kommunikasjon

7. Mangelfull dokumentasjon av tilstanden til akuttinnlagte eldre gjør det vanskelig å gi nødvendig helsehjelp.
8. Kommunikasjonssvikt internt i sykehuset ved overflytting mellom sengeavdelinger.
9. Eldre som skal overføres til hjemmebaserte tjenester, omfattes i for liten grad av gode dokumentasjonsrutiner (f.eks. epikriser², individuell plan³).

² Jf. styringsparameter: andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80 %)

³ Jf. pasientrettighetsloven § 2-5 om rett til individuell plan dersom pasienten har behov for langvarige og koordinerte helsetjenester (jf. bl.a. kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven).

Eldre i sykehus

10. Manglende prioritering av eldre i en travel sykehushverdag gir for langvarig opphold i mottagelse, observasjonspost eller intermedieærpost uten at kvalifisert medisinsk personell gjør en vurdering av pasientens tilstand.
11. Mangelfull aktivisering og mobilisering under sykehusinnleggelse fører til mentalt og fysisk funksjonstap og redusert evne til egenomsorg.
12. Manglende helhetlig geriatrisk kartlegging (comprehensive geriatric assessment) i sykehus (på grunn av mangelfull kompetanse, mangelfulle rutiner, annet?).
13. Akutt forvirring (delir) blir ikke erkjent/diagnostisert og behandlet.
14. Manglende kartlegging av ernæringsstatus hos pasientene.
15. Skrøpelige eldre med akutt funksjonssvikt undersøkes ikke for underliggende tilstander.
16. *Underbehandling* og mangelfull utredning av f.eks. hjertelidelser, endokrine sykdommer, ernærings sykdommer og metabolske forstyrrelser.
17. *Overbehandling*. Utrednings- og behandlingstiltak er unødvendige eller tar ikke hensyn til pasientens preferanser og forventet gjenværende levetid (f.eks. cytostatika til kreftpasienter, medikamenter med forebyggende indikasjon).
18. Pleiebehov og funksjonsnivå blir utilstrekkelig vurdert under sykehusoppholdet.
19. Det legges for lite vekt på å forebygge komplikasjoner og påførte hendelser som delirium, ernæringsvikt, depresjon, trykksår og fall.
20. Mangelfull kompetanse hos personell i somatiske spesialavdelinger om utredning, behandling og oppfølging av geriatriske og demente pasienter.
21. Mangelfull vurdering av samtykkekompetanse i forhold til beslutninger om utredning og behandling.⁴
22. Mangelfull rehabilitering fører til et større funksjonstap enn hva skaden skulle tilsi.

Medikamentell behandling

23. Manglende rutinemessig gjennomgang av legemiddelbruken hos eldre (polyfarmasi, interaksjoner).
24. Overbehandling og feil bruk av psykoaktive substanser (psykofarmaka, sovemedisin).

⁴ Jf. pasientrettighetsloven kap. 4 Samtykke til helsehjelp og kap. 4A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.

Hjerneslag

25. Manglende kapasitet i slagenheter, de eldste pasientene blir nedprioritert.
26. Manglende konkrete programmer for opptrening av blære og tarmfunksjoner.
27. Begrenset tilgang på profesjonelle som kan veilede om rehabilitering i hjemmet.⁵

Fall og hoftebrudd

28. Manglende satsning på fallforebyggende tiltak og identifisering av personer med fallrisiko.
29. Utilfredsstillende postoperativ smertebehandling som øker risikoen for delirium.
30. Manglende helhetlig utredning av eldre pasienter med fall og hoftebrudd. Behandling og rehabilitering er ikke tilrettelagt for eldre (f.eks. egne bruddenheter, tverrfaglige team, ortogeriatriske tilbud).

Kirurgi og diverse prosedyrer

31. Nedprioritering av eldre på operasjonsprogrammet.
32. Utsettelse av planlagt operasjon, f.eks. ved hoftebrudd. Belastende preoperative prosedyrer må gjentas.
33. Mangelfull preoperativ vurdering og forberedelse (ernæringsstatus, mental status, dehydrering, forvirring).
34. Mangelfull overvåkning etter operasjon (forvirring, fall).

Demenslidelser

35. Mangelfull bruk av pårørende som informasjonskilde om endringer i mental, sosial og praktisk fungeringsevne hos den som blir utredet.
36. For lite kunnskap om hvordan dementes samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse blir vurdert.
37. For hyppig bruk av antipsykotika ved atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens (APSD). For liten vekt på ikke-farmakologiske tiltak.

⁵ Jf. spesialisthelsetjenesteloven § 6-3: spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten.

Psykatri og psykososiale forhold

38. Manglende kapasitet for psykiatriske behandlingstilbud til eldre.
39. For lite kompetanse i alderspsykiatri.
40. Mangelfull diagnostisering av depresjon hos eldre (både over- og underdiagnostisering). For liten kompetanse om de ulike behandlingsformer.

Omsorg ved livets slutt

41. Manglende åpenhet, kompetanse og tilrettelegging kan føre til unødvendig innleggelse i sykehus når døden er uunngåelig.
42. Unødig livsforlengende behandling.
43. Mangelfulle palliative tiltak.
44. Manglende kartlegging av den eldre ønsker og behov ved innkomst i sykehus.
45. Opplæringstiltak til ansatte for å øke deres kompetanse er for lite konkrete, og læringsutbyttet er ofte ikke målbart i forhold til en bedre omsorg for den gamle.

Vedlegg 2

Deltagerliste

Deltagere	Arbeidssted
Spesialisthelsetjenesten	
Wenche Frogn Sellæg spesialist i indremedisin og geriatri	Nord-Trøndelag
Sigurd Sparr, spesialist i indremedisin og geriatri. avdelingsoverlege	UNN, Tromsø
Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri	OUS, Ullevål/Institutt for klinisk medisin, UiO
Vibeke Juliebø, lege, stipendiat	Universitetsseksj./Geriatrisk avdeling, OUS, Ullevål
Jon Henrik Laake, overlege dr. med.	Akutt klinikken (anestesi/intensiv) OUS, Rikshospitalet.
Anette Hysten Ranhoff, professor II i geriatri	Inst. for indremedisin, UiB Overlege/ Diakonhjemmets sykehus
Marit Apeland Alfvåg, spesialist i indremedisin og geriatri	Medisinsk klinikk, geriatrisk seksjon, Stavanger Universitetssykehus
Kamilla Hoel Flaatten, assistentlege, indremedisin	Sykehuset Sørlandet HF
Eldreomsorg i kommunen	
Kjellaug Enoksen, sykehjemslege, spesialist i indremedisin og infeksjonsmedisin	Bergen kommune
Primærhelsetjenesten	
Odd Jarle Kvamme, spesialist i allmennmedisin	Fastlege, Stord
Sykepleiere	
Svein Roald Olsen, sykepleier, spesialrådgiver	Fagpolitisk avdeling, Norsk Sykepleierforbund
Mette Irene Martinsen, faggruppe for sykepleie i geriatri og demens	Diakonhjemmets sykehus

Fysioterapeuter	
Helga Reklev, fysioterapeut	Avd for geriatri, St Olavs Hospital
Randi Granbo, høgskolelektor	Avd for helse-og sosialfag, Sør- Trøndelag, fysioterapiutdan.
Ergoterapeuter	
Anita Engeset, spesialrådgiver	Norsk Ergoterapeut forbund
Anne Lund, høgskolelektor/stipendiat	Høgskolen i Oslo, OUS, Ullevål
Samfunnsmedisin	
Anne-Sofie Syvertsen, fylkeslege	Aust-Agder
Statens helsetilsyn, observatører	
Marianne Noodt, fagsjef	Avd. for planlagt tilsyn
Anders Haugland, fagsjef	- ” -
Aud Frøysa Åsprang, seniorrådgiver	- ” -
Wenche Skjær, rådgiver	- ” -
Planleggingsgruppe	
Anne Berit Gunbjørud, seniorrådgiver, leder	Statens helsetilsyn
Kurt I Myhre, seniorrådgiver	Statens helsetilsyn
Helga Arianson, fylkeslege, møteleder	Helsetilsynet i Hordaland
Jo Kåre Herfjord, ass. fylkeslege	Helsetilsynet i Hordaland
Berit Holthe Munkeby, seniorrådgiver	Statens helsetilsyn
Sandra Nordtvedt, førstekonsulent/tilrettelegger	Statens helsetilsyn