

Fragmentert og spesialisert –

Hva vet Helsetilsynet om eldre i spesialisthelsetjenesten?

Rapport fra Helsetilsynet 5/2024

[Pdf-versjon for print av [Rapport 5/2024](#), publisert på [helsetilsynet.no](#)]



Innhold

Sammendrag	5
1 Innledning	7
1.1 Pasienthistorie	8
2 Situasjonsbilde	10
2.1 Hvem er de eldre?	10
2.2 Eldre i spesialisthelsetjenesten	11
2.2.1 Ressursinnsats i den eldre pasientpopulasjonen.....	11
2.2.2 Geografiske forskjeller i helsetjenester til eldre.....	12
2.2.3 Skrøpelige eldre blir oftere reinnlagt.....	12
2.2.4 En systematisk undersøkelse av skrøpelighet kan redusere risiko for reinnleggelse.....	12
2.2.5 Svikt i samhandling er et risikoområde.....	13
2.2.6 Digitalisering av tjenester kan gi utfordringer for eldre.....	13
2.3 Flere eldre, økte behov og færre ressurser	14
2.4 Organisering av spesialisthelsetjenester i Norge	15
2.5 Styringskrav og utviklingsplaner gir retningen i møte med utfordringene	16
2.5.1 Krav og forventninger til spesialisthelsetjenesten i lovgivningen.....	16
2.5.2 Helseforetakenes regionale utviklingsplaner – fire trender som vil påvirke eldre.....	17
3 Kildegrunnlag	21
3.1 Å gjøre informasjon fra tilsynsaktiviteter om til kunnskap om tjenestene	21
3.2 Våre kilder	21
3.2.1 Varsler om alvorlige hendelser.....	21
3.2.2 Tilsynssaker.....	22
3.2.3 Rettighetsklager.....	24
3.2.4 Planlagte tilsyn.....	25
3.3 Saksbehandlings- og registreringssystemer	26
3.4 Begrensninger i kildematerialet	26
3.4.1 Innsamlede data inneholder begrenset mengde informasjon.....	26
3.4.2 Det er ikke tilrettelagt for at relevante data kan aggregeres innad i hvert enkelt datasystem	27
3.4.3 Data foreligger fragmentert i adskilte systemer.....	27
3.4.4 Kvalitative data kan kun i noen grad kompensere for disse utfordringene.....	27
3.5 Seleksjonsmekanismer og representativitet: Tilsynet ser kun en liten del av tjenestene	27
3.6 Samtaler med statsforvalterne og relevante fagpersoner	29
3.6.1 Samtaler med statsforvalterne.....	29
3.6.2 Samtaler med andre relevante fagpersoner.....	29
4 Informasjon fra tilsynsmyndighetenes rapporteringssystem	30
4.1 Varselordningen: Andel varsler øker med økende alder, spesielt fra 70 år og oppover	30
4.1.1 Varsler som gjelder pasienter over 65 år dreier seg hovedsakelig om forhold relatert til somatiske sykdommer.....	31
4.1.2 Gjennomgang av 12 rapporter med utgangspunkt i innkomne varsler.....	34
4.2 Rettighetsklager	35
4.2.1 Betydelig økning i rettighetsklager, men få klager fra eldre.....	35
4.2.2 Klager fra eldre dreier seg hovedsakelig om somatisk helsehjelp.....	36
4.2.3 Det er sjelden at klagen tas til følge, særlig klagen som gjelder somatikk.....	37
4.3 Tilsynssaker	37
4.3.1 Økning i saksomfang, men ikke i saker som gjelder eldre.....	38

4.3.2	Det er som regel pasienten selv som klager	38
4.3.3	Eldre pasienter utgjør en stor andel av saker som involverer begge tjenestenivå	39
4.3.4	Behandlingsmåter	40
4.3.5	Flertallet av sakene avsluttes uten at det blir konkludert med lovbrudd	41
4.3.6	Sakene blir vurdert etter ulike lovhjemler	41
4.4	Planlagte tilsyn	42
4.4.1	Spesialisthelsetjenester til eldre har i liten grad vært gjenstand for planlagte tilsyn i perioden	42
5	Risikoområder i pasientforløpet	43
5.1	Akuttmottak	43
5.1.1	Akuttmottaket er ikke rigget for å fange opp den eldre pasientens behov	43
5.1.2	Svikt i diagnostikk og behandling av sepsis illustrerer utfordringene i akuttmottaket	43
5.2	På sengepost	44
5.2.1	På sengeposten – skrøpelige eldre pasienter i et travelt og høyspesialisert sykehusmiljø	44
5.2.2	Det er behov for mer kompetanse om eldre pasienter	44
5.2.3	Det mangler økonomiske incentiver for å jobbe på tvers	44
5.2.4	Kommunikasjonsutfordringer kan gi risiko for at pasientens behov ikke blir fanget opp og møtt	45
5.2.5	Utlokalisering øker behov for intern samhandling	45
5.2.6	Tidligere tilsyn understreker utfordringene for eldre på sengepost	46
5.2.7	Oppmerksomheten rundt samtykkekompetanse er for lav i spesialisthelsetjenesten	46
5.3	Planlegging og utskrivning	47
5.3.1	Utskrivning fra sykehus må planlegges og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er sentral	47
5.3.2	Bruk av flere legemidler krever god samhandling	48
5.3.3	Pasientens legemiddelliste ved utskrivning – hvem har oversikt?	48
5.3.4	Utskrivningsklare eldre pasienter risikerer å bli liggende i sykehuset for lenge	49
5.3.5	Transport hjem ved utskrivning av skrøpelige eldre	49
5.3.6	Kommunen må sørge for tilbud til utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter endt behandling på sykehus	49
5.3.7	Tidligere tilsyn viser svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune	50
5.3.8	Mangel på et helhetlig tilbud på tvers av tjenestenivåene skaper en «skrøpeligetskarusell»	50
5.4	Skrøpelige eldre i sykehusenes poliklinikk	51
5.5	Digitale tjenester utenfor sykehus	51
6	Helsetilsynets vurderinger	52
6.1	Hva vet Helsetilsynet og statsforvalterne om eldre i møte med spesialisthelsetjenesten?	52
6.1.1	Får de den behandlingen og oppfølgingen de har behov for i akuttmottaket?	52
6.1.2	Får de den behandlingen og oppfølgingen de har behov for på sengepost?	52
6.1.3	Får pasientene den oppfølgingen de trenger i overgangen mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester?	53
6.1.4	Har spesialisthelsetjenesten god nok risikoforståelse og styringsstruktur til å sikre skrøpelige eldre forsvarlige og trygge tjenester?	55
6.1.5	Framtidsutfordringer i spesialisthelsetjenesten – hvordan vil det gå med de skrøpelige eldre	55
6.2	Hva er de viktigste risikoområdene i spesialisthelsetjenesten ved behandling og oppfølging av skrøpelige eldre - en samlet vurdering	56
7	Hva mangler vi kunnskap om?	58
7.1	Aktiviteten i spesialisthelsetjenestene for eldre er høy, tilsynsaktiviteten er lav	58
7.2	Blinde flekker – hvor mangler vi tilsynserfaringer?	58

7.3	<i>Vurderinger knyttet til kildematerialet</i>	59
8	Referanser	60
9	Liste over figurer	63
10	Liste over deltakere i fagpanel	64

Sammendrag

Vi blir mer utsatt for sykdom og svekket funksjon etter hvert som vi blir eldre. Eldre har flere kroniske sykdommer og bruker flere legemidler enn yngre, og er i mye større omfang i kontakt med helse- og omsorgstjenesten enn yngre. Å sikre gode og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til denne pasientgruppen er viktig, spesielt med tanke på demografiske endringer i befolkningen som gjør at vi blir flere eldre og færre i arbeidsfør alder.

Tilsynsmyndighetene får informasjon om helse- og omsorgstjenestene gjennom håndtering av varsler om alvorlige hendelser, behandling av rettighetsklager og tilsynssaker, gjennomføring av planlagte tilsyn og andre tilsynsaktiviteter. For at denne informasjonen skal bli til kunnskap om tjenestene må den kunne ses i sammenheng. Det krever en systematisk gjennomgang og sammenstilling av informasjon.

I denne rapporten oppsummerer vi våre tilsynserfaringer om somatiske spesialisthelsetjenester til eldre. Vi sammenstiller datakilder fra tilsynsarbeidet som vi ikke har sett i sammenheng på en systematisk måte tidligere. Dette gir oss viktig informasjon om risikoområder i tjenestene, men også informasjon om våre egne datakilder og begrensningene i disse.

Våre tilsynserfaringer viser at saker som angår den eldre pasienten i all hovedsak knytter seg til somatisk helsehjelp, både når det gjelder varsler om alvorlige hendelser og rettighetsklager. Vi ser også at det relativt sett er få av disse klagen som kommer fra eldre pasienter. Eldre er i tillegg overrepresentert i tilsynssaker som gjelder tjenester fra både kommune og spesialisthelsetjeneste. I løpet av de siste årene har det vært gjennomført få planlagte tilsyn med somatiske helsetjenester til eldre som tema.

I rapporten beskriver vi risikoområder som peker seg ut etter gjennomgangen av våre tilsynserfaringer. Vi har valgt å belyse disse gjennom et pasientforløp på sykehus, fra akuttmottaket til innleggelse på sengepost og utskrivning til kommunen.

Noen risikoområder peker seg ut som spesielt viktige.

En fragmentert og høyspesialisert tjeneste

Den fragmenterte og høyspesialiserte spesialisthelsetjenesten er ikke hensiktsmessig organisert med tanke på de skrøpelige eldre pasientenes behov. Selve organiseringen medfører fare for at skrøpelige eldres helhetlige behov ikke blir ivaretatt. Det kan innebære at sykdommer ikke blir oppdaget, eller at grunnleggende behov, som for eksempel mobilisering, munnstell og ernæring, ikke blir godt nok ivaretatt. Konsekvensen kan bli at pasienten gradvis faller under en innleggelse, til tross for at hen får riktig behandling for det hen er innlagt for.

Grunnleggende geriatrik kompetanse

Det er behov for grunnleggende geriatrik kompetanse hos alle som jobber med pasienter i spesialisthelsetjenesten. Dersom sykehusene ikke har personell med geriatrik kompetanse eller sykepleiefaglig spesialkompetanse om de eldre pasientene og deres spesielle behov, er det en fare for at de ikke får god og helhetlig helsehjelp.

Oppmerksomhet knyttet til karakteristika ved den eldre, skrøpelige pasienten

Skrøpelige eldre har ofte flere sykdommer som kan gi et sammensatt symptom-bilde. Eldre har oftere kognitiv svikt og kan i varierende grad gjøre rede for sin egen sykdom og situasjon. Dette krever oppmerksomhet, observasjonskompetanse og tid med pasienten.

Samhandling mellom tjenestenivå ved utskrivning av eldre pasienter

Ved utskrivning av eldre pasienter, enten til hjemmet eller ulike tilbud i kommunen, er det fare for svikt. Særlig viktig er det at sykehuset legger en plan ved utskrivning av pasienter og at planen blir overført til den instansen i kommunen som skal følge opp.

Spesialisthelsetjenesten, enten det er døgnavdeling, dagkirurgi eller poliklinikk, må kommunisere med oppfølgende instans i kommunen for å sikre at pasienten får forsvarlig behandling og oppfølging etter utskrivning. En konsekvens av dårlig organisert eller for tidlig utskrivning er at pasienten reinnlegges etter kort tid.

Legemiddelbehandling

Et sentralt risikoområde er legemiddelbehandlingen, spesielt hvordan den blir fulgt opp i overgangen mellom sykehus og kommune. Dette handler både om at noen må ta det faglige ansvaret for at en helhetlig legemiddelgjennomgang blir gjennomført, men også at noen må ha oversikt over faktisk legemiddelbruk, noe som inkluderer både at man sikrer at pasienten får de legemidlene hen skal ha og at de blir brukt riktig.

Digitalisering av helsetjenestene

Dersom planene for digitalisering av helsetjenestene blir gjennomført i tråd med det de regionale helseforetakene forespeiler i utviklingsplanene sine, åpner det for nye risikoområder. Det vil være ekstra viktig å følge med på hvordan spesialisthelsetjenesten legger til rette for å forebygge digitalt utenforskap.

1 Innledning

Hva vet Statens helsetilsyn og statsforvalterne om eldre i møte med spesialisthelsetjenesten? Får de den behandlingen og oppfølgingen de har behov for? Hvilke tilsynserfaringer har vi som kan belyse om eldre får forsvarlige tjenester og om pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestetilbudet er ivare tatt for denne gruppen? Har vi nok kunnskap til å danne oss en mening om risiko for svikt, konsekvenser av svikt og hvor vi bør rette tilsynsaktivitetene våre de neste årene?

Denne rapporten oppsummerer våre tilsynserfaringer om somatiske spesialisthelsetjenester til eldre. Vi har i hovedsak konsentrert oss om de siste fem årene, 2018-2023. Vi oppsummerer også helseforetakenes regionale utviklingsplaner og ser disse i sammenheng med det vi som tilsynsmyndighet vet om tjenester til eldre i spesialisthelsetjenesten. Vi sammenstiller datakilder som vi ikke har sett i sammenheng på en systematisk måte tidligere. Dette gjør vi for å skape et grunnlag for å jobbe bedre og mer kunnskapsbasert, og for å kunne spisse tilsynsaktivitetene mot områder der faren for svikt er særlig stor og konsekvensene av svikt kan være alvorlig for pasientene.

Rapporten gir oss bedre innsikt i kjent risiko og tilsynets egne «blindsoner», det vil si områder vi har lite tilsynserfaringer fra. Rapporten gir dessuten verdifull innsikt i de muligheter og begrensninger som ligger i tilsynets egne datakilder, og svarer ut to konkrete målsettinger:

1. Et mål med denne oppsummeringen er å gi et grunnlag for beslutninger om tilsyn med spesialisthelsetjenester til eldre. Rapporten beskriver kunnskap om eldre i spesialisthelsetjenesten som er tilgjengelig for Helsetilsynet, og dermed er relevant for statsforvalterne og helseforvaltningen. Rapporten kan også være av interesse for alle som er opptatt av helsetjenester til eldre. Den er skrevet med tanke på en bredere målgruppe, og vi håper flere kan dra nytte av innsiktene.
2. Et annet mål med denne oppsummeringen er å bruke eldre i spesialisthelsetjenesten som case for å gjøre en systematisk gjennomgang av de dataene tilsynet registrerer ved gjennomføringen av ulike tilsynsaktiviteter. Vi har tilgang til mye data, men liten oversikt over hva analyser av disse kan gi oss av informasjon. Denne gjennomgangen er av stor betydning for Helsetilsynets evne til jobbe systematisk og datadrevet med risikoanalyser. Oppsummeringen av dette har nødvendigvis mindre relevans for eksterne lesere.

I rapportens kapittel 2 tegner vi opp et situasjonsbilde. Kapittel 3 gir en detaljert beskrivelse av det interne kildegrunnlaget som inngår i denne rapporten. Kapittel 4 og 5 beskriver våre funn, henholdsvis fra de kvantitative og de kvalitative kildene våre. I kapittel 6 oppsummerer vi vurderingene våre knyttet til risikoområder for eldre i spesialisthelsetjenesten og presenterer en liste over risikoområder vi har identifisert underveis i dette arbeidet. I kapittel 7 oppsummerer vi tilsynets «blinde flekker», det vil si hvor vi mangler tilsynserfaringer.

1.1 Pasienthistorie

Pasienthistorien som er hentet fra et varsel sendt til Helsetilsynet, illustrerer noen av utfordringene som kan utspille seg i møtet mellom den eldre pasienten og en høyspesialisert sykehusstjeneste.

Saken handler om en eldre pasient med flere sykdommer, inkludert hjerte-kar-sykdom, høyt blodtrykk og diabetes. Hen brukte åtte legemidler fast, og var noe redusert kognitivt med demens og dårlig hørsel. Hen fungerte allikevel godt i hverdagen, og bodde hjemme med sin ektefelle uten offentlig hjelp. Hen benyttet dagsenter noen ganger i uken.

Etter et fall i trappen hjemme ble pasienten sengeliggende med betydelige smerter og lite matinntak, og ble innlagt sykehus for utredning og behandling. I akuttmottaket fant man ikke noe åpenbart brudd, og hen ble innlagt for smertelindring og mobilisering. Pasienten tilhørte ortopedisk avdeling, der de har et tilknyttet geriatrisk team for å følge opp eldre pasienter med brudd. Teamet har spesialkompetanse på eldre med bruddskader. I tillegg har de et helhetlig blikk på andre utfordringer og sykdommer pasienten måtte ha. Det var imidlertid ikke ledig sengeplass på ortopedisk avdeling, og man måtte finne plass på en annen sengepost med et annet fagområde.

Pasientens akutte tilstand syntes ikke å kreve fagspesifikk behandling, og med flere sykdomstilstander burde hen kunne få god behandling og oppfølging ved flere avdelinger. Sykehuset fulgte sine rutiner for hvilken post som skulle velges. Den aktuelle posten hadde ikke tilknyttet et geriatrisk team. Etter et par dager ble pasienten ansett som ferdigbehandlet på sykehuset, det vil si at pasienten ikke lenger hadde behov for behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Det var likevel klart at pasienten trengte et kommunalt rehabiliteringstilbud før hen kunne flytte hjem. Behovet ble meldt til kommunen, som ikke hadde et slikt tilbud tilgjengelig, og pasienten måtte bli værende på sykehuset i påvente av en ledig rehabiliteringsplass. Hen fikk status som utskrivningsklar.

Et par dager etter at pasienten var meldt utskrivningsklar begynte helsetilstanden å endre seg. Hen fikk tilløp til forvirring, hadde lavt inntak av mat og drikke og ble tiltagende immobil og sengeliggende. Forverringen ble ikke fanget opp av helsepersonellet. Det kan være vanskelig å vurdere uspesifikke symptomer som også kan variere fra dag til dag. Vurderingen ble ekstra vanskelig fordi det stadig var nytt helsepersonell innom og posten hadde manglende erfaring med og kompetanse på eldre. I tillegg var pasienten ansett som ferdigbehandlet.

Pasienten selv var ute av stand til å si ifra. Pårørende meldte fra til pleiepersonell, men informasjonen ble ikke videreformidlet. I en travel avdeling kan oppmerksomheten på de utskrivningsklare pasientene fort bli skadelidende.

Etter en uke ble pasienten tilsett av et helsepersonell som hadde sett hen tidligere under innleggelsen. Helsepersonellet oppdaget umiddelbart at det hadde skjedd en stor forverring i tilstanden og slo alarm. Pasienten ble påfølgende døgn utredet bredt og geriatrisk avdeling ble koblet inn. Pasienten hadde utviklet dehydrering og alvorlig nyresvikt med elektrolyttforstyrrelser, samt infeksjoner. I tillegg var doser av smertestillende for høy gitt den betydelig reduserte allmenntilstanden. Pasienten ble behandlet på sykehuset i drøye to uker, men utviklingen hadde imidlertid gått langt og tilstanden lot seg ikke reversere. Pasienten døde på sykehjem knappe to måneder etter utskrivelsen.

Denne saken illustrerer flere situasjoner hvor det kan oppstå svikt i pasientforløpet, som for eksempel at pasienten har flere sykdommer enn den hen blir lagt inn for, at endringer i tilstand ikke blir fanget opp under sykehusoppholdet og at pasienter blir liggende utskrivningsklare i sykehus i påvente av tilbud i kommunehelsetjenesten. Vi kommer tilbake med nærmere omtale av flere av disse og andre risikoområder i kapittel 5.

2 Situasjonsbilde

I dette kapitlet gjør vi rede for noen sentrale begreper og utviklingstrekk knyttet til eldre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Vi beskriver også helt kort hvordan spesialisthelsetjenesten er organisert og tar for oss noen sentrale styringskrav og utviklingsplaner som er relevante for utviklingen i tjenestene.

2.1 Hvem er de eldre?

Etter hvert som vi blir eldre endrer kroppen seg gjennom den naturlige aldringsprosessen. Det skjer hos alle, men til ulik tid og i ulikt tempo, avhengig av genetiske faktorer, sykdom og helseplager, livsstil og levevaner. Normale aldersforandringer er ikke sykdom, men gir funksjonssvekkelse og kan påvirke både fysisk og mental kapasitet. Samtidig øker risikoen for helseplager knyttet til sykdom jo eldre vi blir.

Som eldre regnes vanligvis personer over 65 år (2). Eldre over 65 år er en svært heterogen gruppe: mange er fortsatt i jobb, de lever aktive liv med familie og venner, de reiser og dyrker sine interesser. Andre har betydelige helseutfordringer og sliter med kroniske sykdommer og funksjonstap. Selv om den individuelle variasjonen er svært stor blant eldre som gruppe, vil likevel risikoen for sykdom og svekket funksjon bli stadig større jo eldre vi blir. Særlig hos de over 80 år vil en økende andel være det vi definerer som «skrøpelige» og med betydelig redusert reservekapasitet (3). Eldre er derfor i mye større grad enn yngre utsatt for uønskede konsekvenser av ulike former for undersøkelse og behandling i helsetjenesten. En eldre pasient har ofte flere kroniske sykdommer og bruker mange legemidler. Å behandle en enkelt sykdomstilstand isolert vil ofte være lite hensiktsmessig hos denne pasientgruppen. Det trengs derfor kunnskap om hvordan ulike sykdommer og helseplager påvirker hverandre hos den enkelte pasient. Ved slik forståelse kan man tilpasse tiltak individuelt og dermed optimalisere helse og funksjon hos den enkelte. Dette må man ha med seg i planlegging og organisering av helsetjenester til den eldre pasientgruppen.

«Skrøpelighet» (fra engelsk «frailty»)

«Skrøpelighet kan defineres som en tilstand der kroppens motstandskraft mot sykdom, stress og belastninger er svekket.

Skrøpelighet er ikke det samme som sykdom. Tilstanden finnes hos voksne i alle aldre, men er vanligere i eldre år.

Personer med skrøpelighet har gjerne langsom gange, svakt håndtrykk, føler seg utmattet, går raskt ned i vekt og har vansker med dagligdagse aktiviteter» (1).

I denne rapporten snakker vi om «de skrøpelige eldre». Selv om skrøpelighet er knyttet til økende alder, kan yngre også være skrøpelige og mange eldre er ikke skrøpelige. Men eldre pasienter som i tillegg kan defineres som skrøpelige, er særlig utsatt for uønskede konsekvenser av ulike risikomomenter som denne rapporten beskriver.

I dagligtale kan ordet skrøpelighet oppfattes å være negativt ladet. Det er imidlertid et innarbeidet begrep i medisinske fagmiljøer, særlig innenfor geriatrien. Det kan si noe om forventninger knyttet til prognose ved sykdom, samt effekt av undersøkelser og behandling. På engelsk brukes begrepet «frailty».

Den demografiske utviklingen tilsier at stadig flere av oss vil oppnå en høy alder nå og i fremtiden. Samtidig synker fødselstallene. Dette betyr at befolkningssammensetningen vil endre seg. Antallet eldre over 67 år i Norge vil øke fra 1,2 millioner i 2020 til 1,5 millioner i 2040, og antallet personer over 80 år vil øke fra 330 000 i 2020 til 580 000 i 2040 (4). Dette vil få stor innvirkning på hva som kreves av helsetjenesten for å sikre likeverdige tjenester av god kvalitet til hele befolkningen.

2.2 Eldre i spesialisthelsetjenesten

Gitt økt risiko for sykdom og svekket funksjon etter hvert som vi blir eldre, vil dette også gjenspeile seg i hyppigere kontakt med helsetjenesten, og andelen av befolkningen som har kontakt med den offentlig finansierte spesialisthelsetjenesten øker gradvis med høyere alder (5). Mens omtrent en tredjedel av de under 30 år hadde kontakt med et helseforetak, privat sykehus eller en avtalespesialist i 2016, gjaldt dette omtrent halvparten av befolkningen i 50-årene, og hele 85 prosent av de over 80 år. Antall pasienter per innbygger var 2,2 ganger høyere for befolkningen i 80-årene enn for 30 åringer, og omfanget av kontakt var tre ganger høyere.

2.2.1 Ressursinnsats i den eldre pasientpopulasjonen

Hos eldre med stort behov for spesialisthelsetjenester dominerer diagnoser tilhørende fem hovedkapitler i ICD-10 (internasjonalt system for statistisk klassifikasjon av sykdom og helseproblemer): svulster, sykdommer i sirkulasjonssystemet, sykdommer i muskel-skjelett og bindevev, skader, forgiftninger og konsekvens av ytre årsak, og sykdommer i åndedrettssystemet (6). Samlet sett blir 74 prosent av ressursene brukt til disse diagnosegruppene til de som har stort behov for tjenester i aldersgruppen 67 til 79 år. Mest

ressurser gikk til tilstandsgruppene «ondartet kreft i fordøyelsesorgan» og «leddlidelser». En fjerdedel av ressursene ble brukt på kreft. Diagnosegruppene «influenza og lungebetennelse» og «skader i hofte og lår» stod for høyest ressursbruk for de over 80 år med stort behov for spesialisthelsetjenester (6).

Tall fra 2017 viser at omtrent 63 prosent av samlede ressurser i den somatiske spesialisthelsetjenesten ble brukt på ti prosent av pasientene (6). Tallene viser videre at omtrent halvparten av disse ressursene gikk til pasienter over 67 år. Per pasient i aldersgruppen 67 til 79 år ble det i gjennomsnitt brukt omtrent 14 ganger så mye ressurser på de 10 prosent som er sykest, sammenlignet med andre pasienter i samme aldersgruppe. Ser man på de aller eldste, dvs. 80 år og eldre, ble det brukt åtte ganger så mye ressurser på de sykeste 10 prosent, sammenlignet med andre pasienter i samme aldersgruppe.

2.2.2 Geografiske forskjeller i helsetjenester til eldre

Eldrehelsetatlas er en del av nasjonalt helseatlas, som gir oversikt over og sammenlikner befolkningens bruk av ulike helsetjenester i forskjellige geografiske områder (7, 8). Eldrehelsetatlas viser at det er geografiske forskjeller i eldres bruk av sentrale somatiske helsetjenester. Det gjelder særlig polikliniske konsultasjoner og diagnostiske utredninger, men også i viktige behandlingstilbud innen hjertesykdom, kreft, slitasjegikt, øyesykdommer og hørselstap. Videre tyder eldrehelsetatlas på at alder blir brukt som prioriteringskriterium ved noen tjenester (9). Eldrehelsetatlas viser også at eldre som blir innlagt akutt for hjerneslag, hoftebrudd, lungebetennelse eller for forverring av kols eller hjertesvikt, har lang liggetid, at de re-innlegges ofte og har dårlig prognose. Sett i lys av den demografiske utviklingen som er beskrevet over, vil det bli flere i denne pasientgruppen fremover, og behovet for tjenester vil dermed øke.

2.2.3 Skrøpelige eldre blir oftere reinnlagt

Basert på kommunenes rapporteringer til Helsedirektoratet viste beregninger fra 2021 at gruppen skrøpelige eldre omfattet 140 648 personer over 75 år (10). Av disse var 69 prosent i kontakt med somatiske sykehus. Sammenlignet med andre pasienter i samme aldersgruppe, mottok skrøpelige eldre flere tjenester i sykehus. Videre ble de i større grad reinnlagt etter sykehusopphold, og de var registrert med flere oppholdsdøgn som utskrivningsklar pasient enn andre. Til sammen 44 prosent av pasientene i denne gruppen hadde vært på døgnopphold i sykehus, mens 57 prosent mottok dag/poliklinisk behandling. Sammenlignet med andre er en høyere andel av døgnoppholdene registrert som øyeblikkelig hjelp innleggelser i denne gruppen. I gjennomsnitt er de dessuten innlagt lengre på sykehus.

2.2.4 En systematisk undersøkelse av skrøpelighet kan redusere risiko for reinnleggelser

I forbindelse med behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan besluttet Stortinget i 2020 å opprette helsefellesskapene som et virkemiddel for å forbedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak om spesifikke pasientgrupper (11). I et refleksjonsnotat om samarbeidet om skrøpelige eldre i helseforetak, vises det til at om lag hver femte pasient som blir re-innlagt kort tid etter utskrivelse fra sykehus, er skrøpelige eldre (12). En tredjedel av reinnleggelserne dreier seg om opprinnelig innleggesdiagnose. Primærdiagnosen og hvor alvorlig den er, sier lite om risikoen for å bli innlagt på nytt. Reinnleggelser handler ofte om sårbarhet ved det å være skrøpelig og skrøpelighet i seg selv kan være en selvstendig årsak til reinnleggelse.

En systematisk undersøkelse av skrøpeligheit ved innleggelse og en tverrfaglig, geriatrisk ledet gjennomgang av pasienten før utskrivelse kan redusere risikoen for reinnleggelser hos de eldste pasientene (12). Det anbefales også å gjøre klinisk vurdering av skrøpeligheit hos eldre ved kirurgiske og medisinske intervensjoner (3, 13). Det er blant annet vist bedre langstidsutkomme hos eldre pasienter med hoftebrudd som har blitt vurdert og behandlet av et geriatrisk, tverrfaglig team (13).

Det finnes fem ulike nasjonale kvalitetsindikatorer som handler om reinnleggelser på sykehus for eldre over 67 år. Disse måler sannsynligheten for akutte reinnleggelser innen 30 dager etter brudd, lungebetennelse, hjerneslag, hjertesvikt og generelt etter alle typer innleggelser (14) Mange av de reinnlagte pasientene i disse gruppene vil være skrøpelige eldre. Ingen av indikatorene har oppdaterte tall etter 2019.

2.2.5 Svikt i samhandling er et risikoområde

I juni 2023 la regjeringen Støre fram stortingsmeldingen «Fellesskap og meistring – bu trygt heime» (15). Den fastslår at på samme måte som med kommunale helse- og omsorgstjenester, øker behovet for spesialisthelsetjenester jo eldre vi blir.

Flere eldre, og andre, med langvarige helseproblemer og behov for sammensatte tjenester krever godt tverrfaglig samarbeid for å sikre gode pasientforløp og gode overganger internt i og mellom tjenestene. Brukere, pasienter og pårørende opplever helse- og omsorgstjenestene som fragmenterte og lite koordinerte (16).

I samhandlingen mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er det knyttet særlige utfordringer til inn- og utskrivningsprosessen. I en kunnskapsoppsummering fra Senter for omsorgsforskning om pasientforløp for eldre med kronisk sykdom oppsummeres utfordringene ved overganger slik (17):

- Det svikter i informasjonsflyten mellom sykehus og kommune.
- Forskjeller i tilnærming og perspektiv fører til ulik forståelse av begrepet utskrivningsklar.
- Mange pasienter er ikke ferdigbehandlet, noe som fører til flere reinnleggelser.
- Kommunen har for liten kompetanse til å ta imot pasientene.

Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 for å avhjelpe slike utfordringer var å opprette 19 helsefellesskap (18). Disse består av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representantene er fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere som møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres. Målsetningen er å skape gode pasientforløp og mer sammenhengende helse- og omsorgstjenester til de som trenger tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

2.2.6 Digitalisering av tjenester kan gi utfordringer for eldre

Helsedirektoratet har i samarbeid med OsloMet og Høgskolen i Innlandet gjort en undersøkelse av helsekompetansen i befolkningen (30). Den viser blant annet at digital helsekompetanse, det vil si evnen til å søke og finne digital helseinformasjon og evnen til å bruke digitale helsetjenester, varierer med kjønn, alder, utdanningsnivå og langvarig sykdom.

Personer med langvarig sykdom har dårligere digitale ferdigheter enn andre, både generelle digitale ferdigheter og evne til å bruke disse (30). Eldre og andre med langvarig sykdom kan ha både fysiske og kognitive utfordringer som kan gjøre det vanskelig å bruke digitale verktøy. For eksempel kan problemer med konsentrasjon og hukommelse, med å løse problemer og ta beslutninger, smerter og skjelving påvirke hvor godt vi kan bruke digitale verktøy. Regjeringens nasjonale strategi «Digital hele livet» peker på eldre over 65 år som en av de gruppene som er mest sårbare for 'digitalt utenforskap' (31). Tjenestenes satsing på digitalisering må derfor omfatte både strategi og tiltak for digital inkludering. Det vil være avgjørende både med tanke på pasientsikkerhet og rettsikkerhet.

2.3 Flere eldre, økte behov og færre ressurser

En økning i antall eldre betyr at flere kommer til å trenge helse- og omsorgstjenester de neste årene. Det innebærer at vi også trenger mer personell. Personellmangel er en utfordring som vi allerede nå ser konturene av, og som er beskrevet i NOU 2023:4 «Tid for handling – personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» (19). Nok personell med tilstrekkelig og riktig kompetanse er avgjørende for at kommuner og sykehus skal kunne tilby forsvarlige og helhetlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Over 400 000 personer arbeider i helse- og omsorgstjenestene per i dag, 147 000 av disse i spesialisthelsetjenesten, men sammensetning og kompetanse har endret seg de siste tiårene (19). Tjenestene har utviklet seg, blant annet gjennom mer poliklinisk behandling og ved at mer ansvar for behandling og langvarig oppfølging er overført til kommunene. En viktig målsetning i samhandlingsreformen var at ressursvekst i større grad skulle gå til å bygge ut de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og antall årsverk har også økt i større grad i disse tjenestene, sammenlignet med spesialisthelsetjenesten (20). I perioden fra 2011 til 2021 har det likevel vært en vekst i årsverk også i spesialisthelsetjenesten, mest i somatikken, med drøyt 18 000 årsverk (25 prosent økning), mens det var tilnærmet stabilt innen psykisk helsevern (4 prosent økning) (19). Det var også en økning på 22 prosent innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Mens det har vært en stor økning i avtalte årsverk (summen av antall heltidsjobber og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber) i spesialisthelsetjenesten for leger og psykologer, med vekst på henholdsvis drøye 3000 årsverk (18 prosent) og 940 årsverk (20 prosent) siden 2015, så har det vært en nedgang i avtalte årsverk for helsefagarbeidere (19). Når det gjelder sykepleiere har det vært en svak vekst i årsverk siden 2011, i snitt 1,4 prosent per år. Dette inkluderer også spesialsykepleiere og jordmødre.

I «Tid for handling» pekes det på at det er utfordrende å rekruttere helsepersonell i de fleste land, inkludert Norge (19). I Norge er det også geografiske forskjeller når det gjelder denne problematikken, der Helse Nord har spesielt store utfordringer. Tilgangen på personell er en knapphetsfaktor innen en rekke fagområder og for ulike personellgrupper. I spesialisthelsetjenesten er det særlige utfordringer med å rekruttere personell med spesialisert kompetanse innen flere ulike profesjoner. Det kan være intensivsykepleiere, jordmødre, bioingeniører, radiografer og ulike legespesialister.

Ifølge den årlige bedriftsundersøkelse gjennomført av Nav for 2023 er det estimert et behov for 15 750 flere ansatte i helsesektoren (21). Det er 2750 færre enn året før, men det er likevel en større mangel enn årene før pandemien (21, 22). Ifølge disse tallene mangler vi nå 4650

sykepleiere og 2700 helsefagarbeidere. Sykepleiere- og spesialsykepleiere er den yrkesgruppen det er klart størst mangel på i Norge, over 10 prosent av totalmangelen.

Knapphet på personell og ressurser ellers vil medføre at man må prioritere bedre og strengere. Både helsepersonell, ledere og politikere må ta beslutninger om hvem som skal få og hvem som må vente, hvilke tjenester som skal prioriteres, hva som skal prioriteres ned og hva som ikke skal gjøres i det hele tatt (23).

Regjeringen Solberg la frem en prioriteringsmelding i 2021, Meld. St. 38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet — Prioritering i helse- og omsorgstjenesten, med forslag til prinsipper for prioritering som skal gjelde for hele helse- og omsorgstjenesten (23).

Alder i seg selv er ikke et selvstendig prioriteringskriterium, men er trukket fram som relevant når man skal vurdere risiko, forventet effekt og helsegevinst av en aktuell medisinsk behandling (23). Meldingen peker på at alder likevel kan ha betydning for flere hensyn knyttet til de tre hovedkriteriene for prioritering. For eksempel kan prioritering etter forventet nytte av en behandling bli påvirket av alder.

2.4 Organisering av spesialisthelsetjenester i Norge

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen får nødvendig spesialisthelsetjenester. Plikten til å sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen er lagt til de regionale helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Norge, og staten eier de offentlige sykehusene. I tillegg til å tilby befolkningen spesialisert behandling, har sykehusene lovpålagte oppgaver innen forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Statens ansvar for spesialisthelsetjenester er regulert i spesialisthelsetjenesteloven (24). Helseforetakene er regulert i helseforetaksloven (25). I tillegg er det en rekke andre lover og forskrifter som er sentrale for spesialisthelsetjenesten, blant annet helsepersonelloven, pasient- og brukerrettighetsloven, helseberedskapsloven, smittevernloven og psykisk helsevernloven. Spesialisthelsetjenesten er organisert i 20 geografisk definerte helseforetak (HF), underlagt fire regionale helseforetak (RHF).

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (Meld. St. 7 (2019–2020) er regjeringens strategi for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse- og omsorgstjenesten (26). En bærekraftig helsetjeneste legges til grunn i planene, noe som forutsetter at helse- og omsorgstjenestene utnytter mulighetene teknologien gir, bruker kompetansen hos de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig. Meldingen dekker store temaer som samhandling, psykisk helse, akuttmedisinske tjenester, teknologi, digitalisering og kompetanse. Ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan for 2024–2027 ble lansert 1. mars i år (27). Planen omhandler hele helse- og omsorgstjenesten. Den peker blant annet på at de største utfordringene man står ovenfor er tilgang på fagfolk, for dårlig samhandling mellom tjenestene og at det ikke er likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester for befolkningen. I planen presenterer regjeringen seks hovedgrep som skal gjøre helsetjenesten mer bærekraftig:

- **tiltak** for å rekruttere og beholde personell med riktig kompetanse
- **endre** finansieringsordningene
- **nytt** rekrutterings- og samhandlingstilskudd

- [ny](#) strategi for digitalisering av helse- og omsorgstjenestene
- [forenkle](#) og tydeliggjøre regelverk
- [en](#) god og tilgjengelig allmennlegetjeneste

2.5 Styringskrav og utviklingsplaner gir retningen i møte med utfordringene

Helse- og omsorgsdepartementets overordnede styringskrav ovenfor spesialisthelsetjenesten formidles gjennom årlige foretaksmøter som statsråden avholder med styrer og administrerende direktører i de regionale helseforetakene (RHF), og i et årlig oppdragsdokument til RHF. I tillegg blir krav, forventninger og innsatsområder formidlet i stortingsmeldinger og dokumenter fra HOD. Til sammen er dette føringer som gir retning for utdanning, kompetanseutvikling og for arbeid med å rekruttere og beholde kvalifisert arbeidskraft. I tillegg gir det føringer for prioritering og forpliktende samarbeid med de kommunale helse- og omsorgstjenestene, blant annet gjennom Helsefelleskapene. De regionale helseforetakene utarbeider egne styringsdokumenter til sine respektive helseforetak årlig. Disse gir premisser og rammer for driften av foretakene, og inneholder målsetninger, oppdrag og resultatkrav.

2.5.1 Krav og forventninger til spesialisthelsetjenesten i lovgivningen

Flere lover og forskrifter gjenspeiler samfunnets krav til spesialisthelsetjenesten og den helsehjelpen pasienter får der. Lovgiver har gitt rammer for hva som må være på plass for å ivareta pasientsikkerheten, og har vedtatt rettsregler om samarbeid og koordinering for å bote på erkjente utfordringer og kjente risikoområder.

Lovgivningen pålegger både virksomheter og det enkelte helsepersonell plikter, og pasientene er i stor grad gitt korresponderende rettigheter. Vi vil i hovedsak fokusere på helseforetakene og deres virksomhetsansvar for å yte/tilby forsvarlige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Vi går i denne sammenhengen ikke nærmere inn i ansvaret det enkelte helsepersonell har.

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) beskriver de regionale helseforetakenes sørge for ansvar for å gi befolkningen spesialisthelsetjenester (24). Den fastslår i § 2-1 e, jf. § 2-1 a at de regionale helseforetakene skal sørge for at virksomheter som gir spesialisthelsetjenester samarbeider med andre tjenesteytere når det er nødvendig for å gi pasienten et helhetlig og samordnet tjenestetilbud – enten det er innad i sykehusene eller det er med kommunale, fylkeskommunale, statlige eller private tjenesteytere.

Det er også verdt å merke seg forsvarlighetskravet i § 2-2, som er en rettslig standard (24). Forsvarlighetskravet for helsetjenesten er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer. Innholdet i forsvarlighetskravet endrer seg derfor i takt med utviklingen av fagkunnskap, ny teknologi og endringer i verdioppfatning. Forsvarlighetskravet bestemmes både av lovregler og av normer utenfor lovverket.

2.5.1.1 Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene

For at målene om gode helse- og omsorgstjenester for eldre skal nås, må arbeidet organiseres og styres på en helhetlig og hensiktsmessig måte. Virksomhetene må planlegge, gjennomføre og evaluere for å kunne følge opp, korrigere og forbedre. Styring og ledelse er en forutsetning for gode tjenester.

Alle virksomheter som yter helsehjelp, skal sørge for at helselovgivningen oppfylles gjennom systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid. Spesialisthelsetjenesten plikter å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a (24). Kravene til dette arbeidet er utdypet i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene (28). Formålet er å sikre at daglige arbeidsoppgaver blir planlagt, organisert, utført og forbedret i samsvar med krav fastsatt i helselovgivningen.

Dette skal bidra til gode og trygge tjenester også når rammebetingelsene blir satt på strekk, for eksempel ved stor pågang av pasienter, mangel på kompetanse eller mangel på/fravær av personell. Ledere på alle organisatoriske nivåer i helseforetaket må legge til rette for og følge opp at helsetjenestene er i tråd med gjeldende lovgivning og av god nok kvalitet. Det betyr at ledelsen må ha kunnskap om kvaliteten på virksomhetens tjenester, inkludert oversikt over risikoområder og uønskede hendelser, for å kunne sette inn riktige tiltak for å redusere risiko for svikt og ivareta pasientsikkerheten.

2.5.1.2 Lovpålagte samarbeidsavtaler for å sikre pasienten helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven, forkortet hol) har blant annet som formål å sikre befolkningen behandling i helse- og omsorgstjenesten når de trenger det og å sikre at tjenestetilbudet har god kvalitet og er tilpasset den enkeltes behov (29). Den skal også sikre samarbeid og samhandling mellom organisatoriske enheter med ulike ansvarsområder, se hol §§ 1-1, 6-1 og 6-2 (29). Målet med samarbeid og samhandling er å bidra til at tjenestetilbudet er helhetlig. Samarbeidsavtaler er et virkemiddel for å nå målet, og det er kommunestyret i den enkelte kommune som har plikt til å inngå slike avtaler med det regionale helseforetaket og helseforetaket i sin helseregion. Samarbeidsavtaler og retningslinjer vil være en sentral del av styringssystemet både i kommuner og i sykehus for å sikre helhetlige helse- og omsorgstjenester og skal sikre samarbeid om pasienter mellom tjenestenivå.

Avtalene skal blant annet gi retningslinjer for samarbeid ved innleggelse og utskrivning for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Dette er ofte avgjørende for eldre pasienter, særlig de skrøpeligste og eldste.

2.5.2 Helseforetakenes regionale utviklingsplaner – fire trender som vil påvirke eldre

Alle de regionale helseforetakene har utarbeidet utviklingsplaner på oppdrag fra HOD. Planene er en operasjonalisering av overordnede planer og strategier. De danner grunnlag for å gjennomføre endringer og utviklingstiltak og skal gi et fremtidsbilde av utviklingen for helseforetakenes virksomhet og bygninger (18). Vesentlige tiltak kan ikke gjennomføres før de er satt inn i en slik utviklingsplan og vedtatt i tråd med gjeldende beslutningsprosedyrer. De regionale helseforetakenes utviklingsplaner er derfor en viktig kilde til informasjon om helseforetakenes egne antakelser om hvordan virksomhetene kan dekke fremtidige behov, og gir dermed viktig informasjon om hvilke utfordringer helseforetakene rigger seg for i årene fremover.

Helsetilsynet har gått gjennom utviklingsplanene til de regionale helseforetakene. Dette er planer som tar for seg spesialisthelsetjenesten i stort. Vi har særlig sett på det vi anser som

mest relevant for tjenestetilbudet til eldre. I den sammenheng har vi identifisert fire områder eller trender som vil påvirke spesialisthelsetjenester til eldre i særlig grad fremover:

- Digital utvikling fører til mer aktivitet utenfor sykehus – i pasientens hjem.
- Økte forventninger fra sykehusene om samarbeid med kommunen om pasienter som trenger mye tjenester.
- Skrøpelige eldre med behov for kartlegging og intern samhandling på sykehuset
- Mer aktiv opplæring og involvering av pasienter og pårørende

2.5.2.1 Digital utvikling fører til mer aktivitet utenfor sykehus – i pasientens hjem

Alle de regionale helseforetakene har en målsetting om en utvikling der mer aktivitet skal skje gjennom digitale flater. Økt omfang av digitale spesialisthelsetjenester kan ha flere ulike former. Digital utvikling vil gi mer aktivitet utenfor sykehus (hjemmesykehus). Det kan dreie seg om digitale konsultasjoner som video- og telefonkonsultasjoner, og ulike former for selvrappoterer eller egenregistreringer. I tillegg vil det i større grad utvikles og implementeres sensorer og overvåkningsutstyr i pasientenes hjem, som kan kommunisere med sykehuset.

Det er viktig å merke seg at utviklingen går i retning av mer polikliniske konsultasjoner, mer digital samhandling og flere spesialisthelsetjenestetilbud hjemme hos pasientene. Helse Sør-Øst beskriver dette som at det legges til en fjerde behandlingsmåte, «hjemme», i tillegg til «dag», «døgn» og «poliklinikk» (30). Dette gjelder også for andre regioner. Helse Vest skriver blant annet: «Innleggingar og fysiske konsultasjoner skal ikkje finne stad dersom tenesta kan ytast virtuelt med like godt eller betre resultat» (31). Helse Nord har liknende formuleringer (32). Helse Vest tallfester ikke denne ambisjonen, noe Helse Sør-Øst gjør. I Helse Sør-Østs plan går det fram at i 2021 var 13,8 prosent av konsultasjonene i regionen digitale, mens «Helse Sør-Øst tror et nivå på 30 prosent er realistisk de neste årene». Dette vil innebære mer enn en dobling fra dagens nivå. Det er en rekke ulike initiativer som skal understøtte denne utviklingen.

Det tiltaket Helse Sør-Øst retter mest oppmerksomhet mot er «brukerstyrt poliklinikk». De beskriver dette tiltaket slik:

«Essensen er at sykehuset ikke setter opp faste timer til pasienter med kroniske lidelser, men bruker et standardisert spørreskjema som sendes pasienten elektronisk. Svarene vurderes elektronisk, kontrolleres av sykepleier og ved behov av lege. Pasientene kan også sende inn skjema på eget initiativ ved behov.»

Ulike måter å følge opp pasienter digitalt på beskrives i planene til alle de regionale helseforetakene, gjerne i sammenheng med effektivisering av tjenestene. Helse Nord tydeliggjør at digitalisering bidrar til å desentralisere det vi kan, og samle det vi må (32). Videre beskriver Helse Midt-Norge digitalisering som et sentralt aspekt ved det utadvendte sykehuset, om samarbeid mellom sykehus og hjemmet, og også kommunen (33).

2.5.2.2 Økte forventninger fra sykehusene om samarbeid med kommunen om pasienter som trenger mye tjenester.

Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge viser til at 5 prosent av pasientene i somatiske spesialisthelsetjenester bruker 50 prosent av ressursene. Dette er pasienter som ofte trenger skreddersydde og tverrfaglige løsninger, både behandlingmessig og organisatorisk.

Helse Vest skisserer blant annet hvordan de ser behov for å utvikle nye organisasjonsstrukturer som følger pasientforløp, gjerne i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Helse Midt-Norge viser til at det skal samarbeides mer både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester. Helse Nord tar dette enda lengre, og har målfestet at de ønsker å utrede en pilot for en felles, integrert tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste innen et avgrenset geografisk og/eller faglig område.

Alle de regionale helseforetakene viser til helsefellesskapene i sine planer. Helsefellesskapene prioriterer fire grupper:

- barn og unge
- voksne med alvorlig psykiske lidelser og rusproblemer
- personer med flere kroniske lidelser
- skrøpelige eldre

De pasientene som trenger mange ulike tjenester, skal få mer tjenester hjemme og i kommunen. Ambulante team og spesialisthelsetjenester hjemme er tiltak som ofte nevnes her.

2.5.2.3 Skrøpelige eldre med behov for kartlegging og intern samhandling på sykehuset

Helsefellesskapene skiller mellom gruppene skrøpelige eldre, og pasienter med flere kroniske sykdommer. Skrøpelige eldre er også begrepet som ble brukt i forrige nasjonale helse- og sykehusplan (2020-2023) (18). Disse to gruppene har begge behov for mye tjenester, men trenger ulik behandling og tilnærming.

Tjenestene skrøpelige eldre trenger, kan være forskjellige fra tjenestene som pasienter med flere kroniske sykdommer trenger. Å ha flere kroniske sykdommer innebærer at ulike organsystemer er involvert på en gang, slik som hjertesykdom, leddlidelser og sykdom i neversystemet, samtidig. Her vil hver sykdom kreve spesialisert behandling og oppfølging, samtidig som de kan påvirke hverandre og kreve samhandling mellom ulike spesialister.

Utviklingsplanene til de regionale helseforetakene problematiserer organiseringen av sykehusene etter medisinske spesialiteter, og hvordan dette skaper utfordringer for pasienter med sammensatte problemstillinger.

Helse Sør-Øst beskriver sin tilnærming til skrøpelige eldre på denne måten:

«Vi har som mål at skrøpelige eldre i størst mulig grad får hjelp og behandling i eget hjem, men også at det ved behov for innleggelse etableres ordninger som tar hensyn til sårbarheten disse pasientene har. Det er stor bevissthet om dette i helseforetakene, noe som gjenspeiles i de lokale utviklingsplanene».

«Spesialisthelsetjenesten organiserer vanligvis tjenestene etter medisinske spesialiteter. Dette passer ofte dårlig for pasienter med sammensatte problemstillinger. Vi vet også at det ofte er ekstra belastende for disse å bli lagt inn i et travelt sykehusmiljø. Det er et mål at fagfolkene undersøker og behandler skrøpelige eldre i den avdeling de er innlagt slik at pasienten slipper unødige forflytninger internt i sykehus, og at de skjermes for støy og uro».

Sitatet fra Helse Sør-Østs plan beskriver trender som kan gjelde for alle de regionale helseforetakene. Pasienter, inkludert skrøpelige eldre, skal i størst mulig grad få hjelp og behandling i eget hjem. Hva disse pasientene møter når de trenger og får innleggelse på sykehus, er noe alle de regionale helseforetakene problematiserer i sine planer. Sitatet over viser utfordringer når eldre pasienter er innlagt i sykehus, som blant annet høyt aktivitetsnivå (travelt sykehusmiljø) og behovet for koordinering mellom ulike avdelinger, personellgrupper og faglige spesialiteter.

2.5.2.4 Mer aktiv opplæring og involvering av pasienter og pårørende

Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge bruker begrepet «aktiv bruker- og pårørendeinvolvering». Helse Vest bruker begrepet om «mobilisering av pasientene». Målsetningen bak er at pasientene skal være (mer) aktive i behandlingen, være med på å ta beslutninger og ta i bruk egne ressurser for å bedre egen helse.

Tiltakene for å nå en slik målsetning retter seg særlig mot opplæring av både pasienter, pårørende og helsepersonell i kommunikasjonsferdigheter og teknikker for å gjøre samvalg, det vil si at pasienten aktivt medvirker i valg av egen behandling (34).

3 Kildegrunnlag

Tilsynsmyndighetene får informasjon om tjenestene gjennom håndtering av varsler om alvorlige hendelser, behandling av rettighetsklager og tilsynssaker, gjennomføring av planlagte tilsyn og andre tilsynsaktiviteter. Informasjonen fra disse aktivitetene dreier seg om enkelthendelser eller situasjonen i enkeltvirksomheter. For at denne informasjonen skal bli til *kunnskap* om tjenestene må den kunne ses i sammenheng. Det krever en systematisk gjennomgang og sammenstilling av informasjon. I dette kapitlet beskriver vi kildematerialet vårt og de begrensningene som ligger i det, knyttet til både tilgjengelighet av informasjon og karakteristika ved utvalget av informasjon.

3.1 Å gjøre informasjon fra tilsynsaktiviteter om til kunnskap om tjenestene

I arbeidet med rapporten har vi samlet og sammenstilt data fra våre tilsynserfaringer og presenterer noen funn knyttet til risikobildet eldre pasienter møter i spesialisthelsetjenesten. Kvantitative data er hentet fra tilsynets egne saksbehandlings- og registreringssystemer. Kvalitative data er hentet fra rapporter fra planlagte tilsyn og alvorlige hendelser. Erfaringsbasert kunnskap er i tillegg innhentet gjennom strukturerte og målrettede gruppesamtaler med ansatte hos statsforvalterne og i Helsetilsynet. Disse har mye kunnskap fra ulike aktiviteter de er med på gjennom tilsyn og fra eget fag. Gjennom strukturerte og målrettede gruppesamtaler får vi denne kunnskapen fram slik at den blir eksplisitt og nyttig i dette arbeidet.

Vi har også gjennomført samtaler med relevante fagpersoner internt og eksternt.

3.2 Våre kilder

I arbeidet med denne rapporten har vi gjennomgått data fra:

- varselordningen
- tilsynssaker
- rettighetsklager
- planlagte tilsyn
- samtaler med statsforvalterne
- samtaler med ansatte i Helsetilsynet
- eksternt fagpanel

Videre i dette kapitlet beskriver vi tilgjengelige data fra hver av disse kildene, hvordan vi har brukt dem i arbeidet og redegjør for noen viktige begrensninger knyttet til disse. Hensikten med å beskrive de data vi har er å få oversikt over og innblikk i hva våre data kan fortelle oss om tjenestene, og i forbindelse med eldresatsingen spesielt om tjenestene til eldre.

3.2.1 Varsler om alvorlige hendelser

Varselsordningen omfatter uønskede pasienthendelser varslet til Statens helsetilsyn etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a, helse- og omsorgstjenesteloven § 12-3 a («virksomhetsvarsler») og pasient- og brukerrettighetsloven § 7-6 («individvarsler») (24, 29, 35).

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har *plikt* til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Pasienter, brukere og nærmeste pårørende har en *rett* til å varsle

tilsynsmyndigheten om dødsfall og svært alvorlig skade etter hendelser som har sammenheng med helsehjelpen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten. Med *alvorlig hendelse* menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

I arbeidet med denne rapporten har vi sett på varsler fra spesialisthelsetjenesten i perioden 2020-2023, fordi man før 2020 ikke registrerte pasientens alder. I denne perioden mottok Helsetilsynet totalt 2580 varsler som omhandlet hendelser i spesialisthelsetjenesten.

Først vurderes det om varselet faller innenfor varselordningens kriterier. Deretter konkluderer vi enten med avslutning av saken, oversendelse til statsforvalter eller tilsynsmessig oppfølging som omfatter såkalt «stedlig tilsyn» gjennomført av Helsetilsynet. Data er analysert i henhold til pasientens alder; inndelt i 5-års aldersgrupper eller gruppert i over og under 65 år.

Av de registrerte variablene er det «type hendelse» og «nærmeste helsefaglige område» som i størst grad gir informasjon om innholdet i sakene. Variabelen «type hendelse» har 17 forhåndsdefinerte klassifikasjons-alternativer, disse gjenspeiler lovtekstens beskrivelse av hva som er varslingspliktig/berettiget, dvs. svært alvorlige hendelser som død eller betydelig skade. Det registreres kun ett alternativ per sak. Variabelen «nærmeste helsefaglige område» har 53 forhåndsdefinerte klassifikasjons-alternativer. Dette er en såkalt flervalgsvariabel der flere alternativer kan registreres per sak.

I tillegg til de kvantitative analysene har vi gjort en kvalitativ gjennomgang av de sakene som gjaldt pasienter over 65 år der Helsetilsynet gjorde en tilsynsmessig oppfølging. Dette var totalt 12 saker.

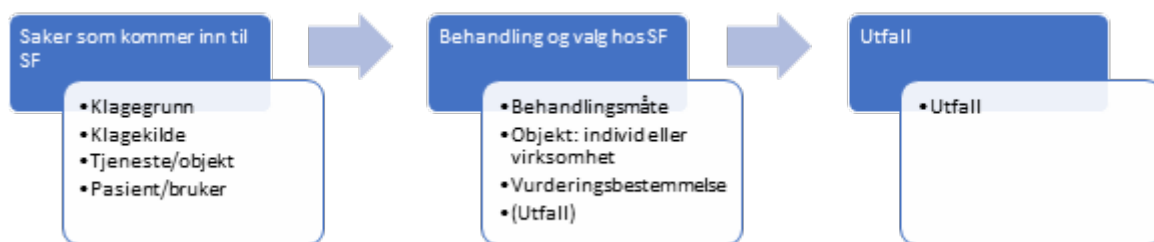
3.2.2 Tilsynssaker

Pasienter, brukere, pårørende og andre kan be statsforvalteren opprette en tilsynssak hvis det har skjedd noe som de mener er feil ved behandlingen eller omsorgen de har fått. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven §7-4 og kalles anmodning om tilsyn (35). En slik anmodning om tilsyn sendes direkte til statsforvalteren, som vurderer hvordan tilsynssaken skal følges opp.

Statsforvalteren har også andre kilder til informasjon om mulige kritikkverdige forhold som kan gi utgangspunkt for en tilsynssak. Eksempler er henvendelser fra politi, media, helsepersonell, arbeidsgivere, apotek og andre.

Når statsforvalteren mottar en henvendelse om anmodning om tilsyn, registrerer de opplysninger om hvilken tjeneste klagen gjelder, hvem som er kilden til saken og hva som er klagegrunn. Det kan registreres flere kilder per sak. Klagegrunn kodes i 37 forskjellige kategorier. Det er mulig å registrere flere klagegrunner per sak.

Statsforvalteren (forkortet SF i figuren) velger hvordan de vil behandle saken, og om individ og/eller virksomhet (objekt) skal være gjenstand for tilsynet i saken. Prosessen for behandling av tilsynssaker er illustrert i figur 1.



Figur 1 Tilsynssaker, oversikt over prosess og variabler

Figuren illustrerer tre faser (bokser) i saksbehandlingsprosessen (pil mellom boksene) og viser saksgangen fra en tilsynssak kommer inn til statsforvalterne til saken er avsluttet.

Illustrasjonen tar utgangspunkt i variabler som de statsforvalterne registrerer i saksbehandlings-/registreringssystemet NESTOR (Nettbasert System for Tilsyn Og Rettighetssaker)

Boksen til venstre beskriver det som blir registrert når saken kommer inn: klagegrunn, klagekilde, tjeneste/objekt, pasient/bruker.

Pil til neste boks

Boksen i midten beskriver det som blir registrert når saken er under behandling: hvilken behandlingsmåte er valgt, om saken gjelder individ eller virksomhet, hvilke vurderingsbestemmelser i lovverket som er lagt til grunn, utfall står i parentes

Pil til neste boks

Boksen til venstre beskriver det som blir registrert som utfall når saken blir avsluttet.

Statsforvalterne behandler en tilsynssak etter en av fem forskjellige fremgangsmåter:

1. Avslutning med veiledning
2. Oversendelse til virksomheten/helsepersonellet
3. Virksomheten følger opp og gir tilbakemelding
4. Møte med virksomhet og pasient
5. Statsforvalteren utreder og avgjør

Denne inndelingen ble tatt i bruk fra 21. september 2021. Saker som kom inn før den datoen har vi registrert som «0 = gamle saker».

Behandlingsmåte 1 brukes når statsforvalteren vurderer at de har tilstrekkelig informasjon til å avslutte saken uten nærmere utredning eller oppfølging. Saker som behandles etter behandlingsmåte 5 er saker hvor det er nødvendig statsforvalteren selv utreder saken. Ved behandlingsmåte 5 vurderer Statsforvalteren sakene og konkluderer med lovbrudd/ikke lovbrudd. Dersom statsforvalteren mener at saken er så alvorlig at man må vurdere en reaksjon eller pålegg mot helsepersonell eller virksomhet, sendes saken til Helsetilsynet for behandling.

Med innføring av de nye behandlingsmåtene i 2021 registreres en del saker som før ble behandlet uten å bli registrert som tilsynssaker. Vi ser derfor en økning i antallet tilsynssaker etter innføringen.

Utgangspunktet for analysene i denne rapporten, er et datasett med alle registrerte tilsynssaker som statsforvalterne avsluttet i perioden 2017-2022. Vi har avgrenset vår oversikt til tilsynssaker som er registrert med tjenestested «kommunale helse- og omsorgstjenester» og «spesialisthelsetjenesten», da det er disse tjenestene som er relevante for eldresatsingen. Oversikten omfatter 23 828 tilsynssaker. Vi har valgt bort om lag 3000 tilsynssaker som er registrert med tjenestekategorien «Annen», «Petroleum» (få saker) eller som ikke er registrert med et tjenestested. Mange av sakene som ikke er registrert med et tjenestested er behandlet etter behandlingsmåte 1, hvor det ikke er registrert opplysninger om saken eller tilsynsobjektene.

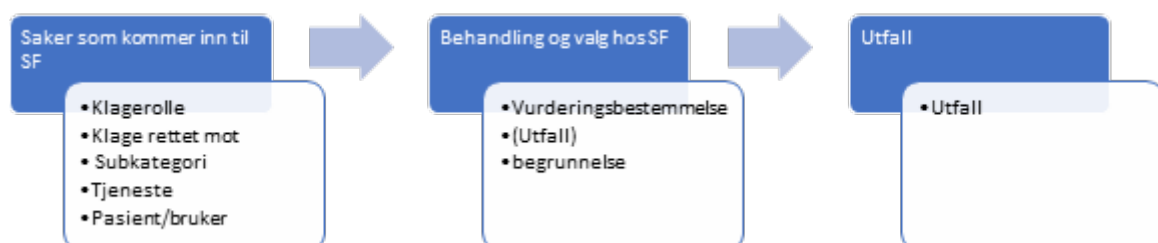
Vi har kategorisert pasient/bruker som sakene gjelder, i fem alderskategorier, basert på registrert fødselsår: under 18 år, 18-44 år, 45-64 år, 65-84 år (eldre), over 85 år (eldre), og 'ikke registrert alder'.

3.2.3 Rettighetsklager

Pasienter har rett til å klage hvis de mener de ikke har fått oppfylt sine rettigheter som pasient, eller at de ikke har mottatt de helse- eller omsorgstjenestene de har krav på. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 (35). Pårørende kan også ha klagerett. En rettighetsklage kan for eksempel gjelde avslag på henvisning til spesialist, at man ikke har fått time til rimelig tid eller at man ikke har fått informasjon eller oppfølging.

Klagen sendes først til behandlingsstedet, for eksempel til sykehuset eller til kommunen man vil klage på. Da får de mulighet til å endre avgjørelsen sin dersom de er enig i klagen. Dersom man får avslag på klagen, kan man klage videre til statsforvalteren. Helsetilsynet behandler ikke rettighetsklager.

Det blir også registrert opplysninger om hvem som klager, kilde til klagen og hvilken tjeneste den er rettet mot. Informasjon om pasient/bruker blir registrert, blant annet alder og kjønn. Det blir videre registrert hvilken bestemmelse klagen vurderes ut fra og hva utfallet er. Prosessen er illustrert i figur 2.



Figur 2 Rettighetsklager - oversikt over prosess og variabler

Figuren illustrerer tre faser (bokser) i saksbehandlingsprosessen (pil mellom boksene) og viser saksgangen fra en rettighetsklage kommer inn til statsforvalterne til saken er avsluttet.

Illustrasjonen tar utgangspunkt i variabler som statsforvalterne registrerer i saksbehandlings-/registreringssystemet NESTOR (Nettbasert System for Tilsyn Og Rettighetssaker)

Pil til neste boks

Boksen i midten beskriver det som blir registrert når saken er under behandling: hvilken behandlingsmåte er valgt, om saken gjelder individ eller virksomhet, hvilke vurderingsbestemmelser i lovverket som er lagt til grunn, utfall står i parentes.

Pil til neste boks

Boksen til venstre beskriver det som blir registrert som utfall når saken blir avsluttet. Boksen til høyre beskriver det som blir registrert når saken kommer inn: klagerolle, klage rettet mot, subkategori, tjeneste, pasient/bruker.

I arbeidet med denne rapporten ser vi på alle realitetsbehandlede rettighetsklager i perioden 2017-22. I denne sammenhengen er klager rettet mot helseforetak (4885 i perioden) og klager rettet mot kommune/bydel (9364 i perioden) relevante. Vi har ikke sett på klager som gjelder pasientreiser (over halvparten av klagen, 16 059), klager rettet mot ikke-offentlige virksomheter (210 klager) eller fylkeskommuner (11 klager) da de ikke er relevante i vår sammenheng.

Vi har kategorisert pasient/bruker som sakene gjelder i fem alderskategorier, basert på registrert fødselsår: under 18 år, 18-44 år, 45-64 år, 65-84 år (eldre), over 85 år (eldre), og 'ikke registrert alder'.

3.2.4 Planlagte tilsyn

Statsforvalterne gjennomfører hvert år planlagte tilsyn. Noen initieres av Helsetilsynet og gjennomføres av statsforvalterne. Dette er landsomfattende tilsyn hvor tema og veiledning for tilsynet er utarbeidet av Helsetilsynet og er felles for alle. Andre tilsyn initierer statsforvalterne selv etter egne risikovurderinger lokalt. Tilsyn gjennomføres i all hovedsak som systemrevisjoner, og statsforvalteren lager en rapport til virksomheten, hvor de beskriver hva de har undersøkt, funn, konklusjoner og hva de forventer av virksomheten ved brudd på loven. Disse rapportene oversendes til Helsetilsynet, og gjøres i all hovedsak offentlig tilgjengelige på Helsetilsynets nettsider. Dokumentasjon fra tilsynene lagres i statsforvalternes egne arkivsystem og er ikke tilgjengelig for Helsetilsynet.

I arbeidet med denne rapporten har vi sett på rapporter fra alle planlagte tilsyn som omhandler tema innenfor spesialisthelsetjenesten som er relevant for eldre pasienter i perioden 2018-2023. I denne perioden fant vi kun to rapporter som var kodet med kategori «eldre». Vi vil her bemerke at pandemien er en sentral årsak til lite planlagte tilsynsaktiviteter i denne perioden. Vi har i tillegg manuelt sjekket 142 rapporter innen sektor «spesialisthelsetjenesten», og fant ikke at noen av dem dreide seg om tjenester spesifikt rettet mot eldre (selv om noen av pasientene i de aktuelle tilsynene kan ha vært eldre). Ettersom utvalget av relevante rapporter var så lite, har vi gjennomgått funn fra noen relevante tilsynssatsinger fra tidligere år, deriblant, utlokaliseringstilsynet i 2019-2020, samhandlingstilsynet i 2015, sepsistilsynet i 2016-2018 og Helsetilsynets eldresatsing i 2009–2012.

3.3 Saksbehandlings- og registreringssystemer

Tilsynsmyndighetene registrerer kvantitative data fra behandling av varsler, tilsynssaker, rettighetsklager og planlagte tilsyn i saksbehandlings-/registreringssystemet NESTOR (Nettbasert System for Tilsyn Og Rettighetssaker) som foreligger i tre varianter:

- *NESTOR-sf* (NESTOR for statsforvalterne) er et system for registrering av rettighetsklager, tilsynssaker og planlagte tilsyn. Systemet har som hovedformål å gi oversikt over saksbyrde og fremdrift hos statsforvalterne, med mulighet for rapportering til Helsetilsynet og departementene.
- *NESTOR-v* (NESTOR for varselordningen i Helsetilsynet) er et system der varselordningens saker registreres. Det har to hovedfunksjoner: som mottakssystem for de innkomne varslene fra meldeportalene (melde.no og helsenorge.no) og som arbeidsverktøy for saksbehandlere inkludert registrering av saksinformasjon og generering av dokumenter med overføring til arkivsystemet Elements.
- *NESTOR-htil* (NESTOR for Helsetilsynet) omfatter det fåtall av tilsynssaker som statsforvalteren videresender til behandling i Helsetilsynet. Det gjelder vesentlig saker som omhandler individuelle forhold hos helsepersonellet, der det kan være aktuelt å gi en administrativ reaksjon. Det kan for eksempel dreie seg om rusmisbruk, atferdsproblematikk, rollesammenblanding eller omfattende faglig svikt. Vi har ikke tatt med data herfra i våre analyser.

I NESTOR-sf registreres blant annet pasientens alder og kjønn, klagekilde (virksomhet eller individ), tilsynsobjekt (virksomhet eller individ), eventuelt også lovgrunnlag som hendelsen er vurdert opp mot. Data presenteres i henhold til hvilken behandlingsmåte statsforvalteren har benyttet (1-5). Kun ved behandlingsmåte 5 («lovlighetskontroll») blir saken vurdert opp mot et lovgrunnlag for å avgjøre om det har skjedd lovbrudd. Av de registrerte variablene er det «klagegrunn» (det vil si hvilke temaer som tilsynssakene og rettighetsklagene handler om) som i størst grad gir informasjon om innholdet i sakene.

I NESTOR-v registreres blant annet pasientens alder og kjønn, skadegrad, om varselet kommer fra virksomhet eller individ (pasient eller pårørende), tjenestested der hendelsen skjedde, samt konklusjon i saken. Av de registrerte variablene er det «type hendelse» og «nærmeste helsefaglige område» som i størst grad gir informasjon om innholdet i sakene.

3.4 Begrensninger i kildematerialet

Selv om det registreres et mangfold av data i de ulike versjonene av NESTOR, er det begrenset hva slags informasjon det er mulig å hente ut, og hvilke analyser det er mulig å gjennomføre på bakgrunn av data fra NESTOR. Det er flere årsaker til dette.

3.4.1 Innsamlede data inneholder begrenset mengde informasjon

Hvor mye data som registreres og hvilke data som registreres er definerende for hva man kan få ut av analysene. NESTOR-systemene er primært utviklet for å følge opp saksgang og rapportere på volumkrav, og er ikke utviklet for analyse av tilstanden i tjenestene. Per i dag er mengde informasjon som registreres relativt begrenset, og informasjonen har lav detaljeringsgrad. Det dreier seg i mindre grad om hva som skjedde i de aktuelle hendelsene

det er samlet inn informasjon om. Data er derfor ikke godt egnet til å beskrive komplekse tema-områder som krever høy detaljeringsgrad.

3.4.2 *Det er ikke tilrettelagt for at relevante data kan aggregeres innad i hvert enkelt datasystem*

NESTOR-systemene er databaser, og muligheten for å aggregere informasjon fra enkeltsaker er svært begrenset. Dette fordrer at data eksporteres ut av databasen til en excel-fil som importeres i et analyseverktøy. Data i NESTOR-sf kan i noen grad aggregeres og hentes ut i form av rapporter for et definert utvalg av saker. Analysene/resultatene gir imidlertid lite opplysninger om selve hendelsen data beskriver og er derfor mindre relevant med tanke på å beskrive potensielle risikoområder.

3.4.3 *Data foreligger fragmentert i adskilte systemer*

NESTOR-databasene er ikke koblet med saksarkivet Elements hos Helsetilsynet. Statens helsetilsyn og statsforvaltere er selvstendige juridiske enheter med atskilte saksarkiv. Det innebærer at det per i dag ikke er mulig å følge en sak fra statsforvalterne til Helsetilsynet, eller å koble informasjon registrert i NESTOR med informasjon fra de enkelte saksarkivene. Man kan med andre ord ikke direkte følge sakene fra det ene systemet til det neste.

Denne utfordringen gjør seg blant annet gjeldende for de nær 60 prosent av alle innkomne varsler til Helsetilsynets varselavdeling (NESTOR-v) som oversendes til statsforvalterne (NESTOR-sf) for vurdering. Det er etablert en kobling basert på saksnummer i Helsetilsynets saks- og arkivsystem, men det er en arbeidskrevende prosess. I arbeidet med denne rapporten har vi vurdert at det ikke var hensiktsmessig å gjøre denne koblingen av saker, særlig fordi analysene i begrenset grad gir opplysninger om selve hendelsen.

3.4.4 *Kvalitative data kan kun i noen grad kompensere for disse utfordringene*

Tilsvarende utfordringer finner vi også når vi analyserer innholdet i rapportene fra de planlagte tilsynene som statsforvalterne gjennomfører. Disse rapportene inneholder mer informasjon om avdekkede risiko-områder i det enkelte tilsyn, men detaljeringsgraden i rapportene er ofte lav. Rapportene er et viktig ledd i oppfølgingen av tilsynet og et verktøy for virksomhetenes eget forbedringsarbeid. De er ikke skrevet med tanke på at informasjon om risiko skal kunne generaliseres.

3.5 *Seleksjonsmekanismer og representativitet: Tilsynet ser kun en liten del av tjenestene*

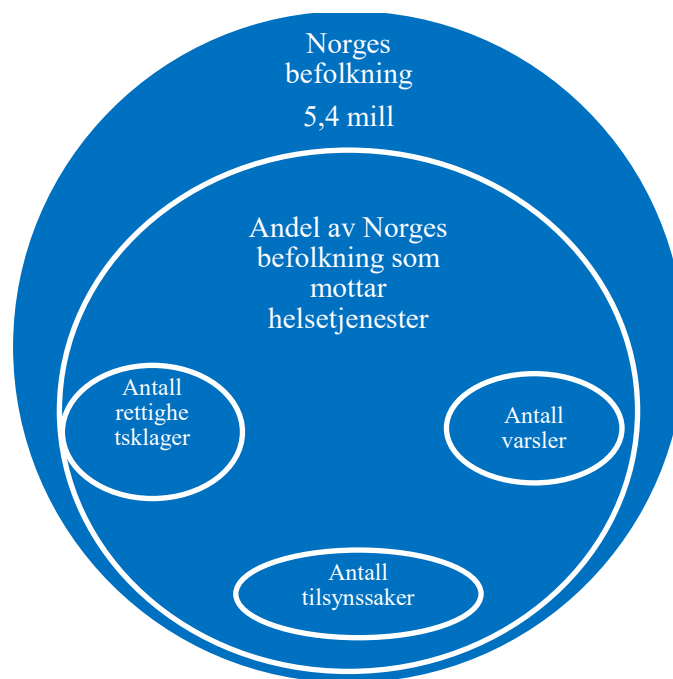
Når vi analyserer tilsynsmyndighetenes egne data fra rettighetsklager, tilsynssaker og varsler, er det viktig å være oppmerksom på at dette er data som kun gir oss innblikk i en liten del av det som foregår i helse- og omsorgstjenestene. Tilsynserfaringene gir oss unik innsikt i konsekvensene som svikt har for brukerne av helsetjenestene. Dette er et viktig og nyttig bilde å tegne, men det er også viktig å være oppmerksom på at vi får et skjevt bilde av tjenestene i sin helhet.

Når tilsynsmyndighetene får inn saker, er det forenklet sagt fordi «noen» mener at «noe» er for dårlig. Her spiller noen seleksjonsmekanismer inn. Omfanget og typen tjenester befolkningen har behov for, rett til og mottar, varierer mellom forskjellige grupper. Noen er

mer tilbøyelige til å klage enn andre, noen forhold fanges enklere opp fordi de er mer synlige, mange aktører er oppmerksomme på dem, de oppleves som mer konkrete osv.

For varseldata vil flere seleksjonsmekanismer kunne påvirke hva som varsles og hvor mye som varsles, og det kan være vanskelig å forutsi hvordan disse slår ut. For det første er dataene hendelsesbaserte og representerer et selektert utvalg pasienthendelser. For det andre kan det være store forskjeller i såkalt «varslingskultur» («meldekultur»).

Figur 3 illustrerer omfanget av våre saker sett i forhold til befolkningen og andelen av denne som mottar helsetjenester. Tilsynsmyndighetene får kjennskap til kun en begrenset del av det som totalt sett skjer i helse- og omsorgstjenestene som tilsynsmyndighetene får kjennskap til.



Figur 3 Omfanget av Helsetilsynets saker sett i forhold til hele befolkningen og andelen av denne som mottar helsetjenester.

Figuren består av fire sirkler inne i en stor sirkel.

Den store sirkelen som er ytterst, illustrerer hele Norges befolkning, 5,4 millioner.

Inne i den store sirkelen er det en mindre sirkel som illustrerer andelen av Norges befolkning som mottar helsetjenester.

I den mindre sirkelen er det tre veldig små sirkler som illustrerer antall rettighetsklager, antall varsler, antall tilsynssaker.

Man må altså være varsom ved tolking av tilsynsdata. Data må sammenholdes med informasjon fra andre kilder, spesielt med hensyn til:

1. *Omfang av problemet.* Det kan være usikkert om et høyt volum av saker innen et tema er ensbetydende med høy risiko. Det kan også handle om overrapportering. Tilsvarende kan det være usikkert om et lavt antall saker betyr lav risiko. Alternativt

kan det være uttrykk for underrapportering, noe som kan gjelde typer av svikt som det ikke er så lett å varsle om.

2. *Alvorlighetsgrad.* Varslede saker gir ikke nødvendigvis informasjon om hvorvidt problemet er av alvorlig karakter eller ei. Mindre dramatiske forhold kan være vanskelig å varsle om, men kan like fullt være både alvorlig og utbredt.
3. *Effekt av økt tilsynsfokus.* Det er også usikkert om økt tilsynsaktivitet på et område med høyt antall saker er hensiktsmessig. Et høyt antall saker kan være uttrykk for at fokus på det aktuelle problemområdet allerede er tilstrekkelig, slik at økt tilsynsaktivitet bør rettes mot andre tema/utfordringer.

3.6 Samtaler med statsforvalterne og relevante fagpersoner

Samtaler med relevante fagpersoner har vært viktige kilder til informasjonen som ligger til grunn for de funnene vi beskriver i rapporten. Gjennom semistrukturerte intervjuer, workshops og samtaler har vi innhentet kontekstuell informasjon som har kunnet kompensere for den lave detaljeringsgraden i noe av materialet slik vi har beskrevet over.

3.6.1 Samtaler med statsforvalterne

Statsforvalterne behandler rettighetsklager og tilsynssaker, og gjennomfører planlagte tilsyn. De håndterer den største andelen av varslene som Helsetilsynet videresender etter en innledende vurdering. Statsforvalterne har også oppgaver gjennom Helsedirektoratet. Gjennom sin oppgaveløsning og dialog/kontakt med tjenestene har statsforvalterne derfor mye kunnskap om tjenestene.

I forbindelse med utarbeidelsen av denne rapporten ble alle statsforvalterne kontaktet og oppfordret til å delta i en strukturert samtale rundt hva som har vært de viktigste tilsynssakene den siste tiden når det gjelder spesialisthelsetjenester til eldre. Samtalen handlet også om hvor de vurderer at det er særlig risiko for svikt i tjenestene til eldre pasienter i sykehus. Vi gjennomførte samtaler med medarbeidere som kjenner spesialisthelsetjenesten godt og ansvarlige på området hos ni statsforvalterembeter. Innholdet i disse samtalene er oppsummert og systematisert og sammenstilt med informasjon fra de andre kildene i materialet vårt.

3.6.2 Samtaler med andre relevante fagpersoner

Vi opprettet også et eksternt fagpanel med personer som kjenner utfordringene i spesialisthelsetjenesten godt, spesielt for eldre pasienter. Fagpanelets rolle var å gi innspill til rapporten for at funnene fra våre tilsynserfaringer skal kunne sees i sammenheng med kunnskap og erfaringer fra tjenestene, og gi oss en bedre forståelse av «hvor skoen trykker» ute i tjenestene.

Vi organiserte dessuten en intern workshop for medarbeidere i Helsetilsynet med relevant erfaring fra spesialisthelsetjenestene, og som kjenner utfordringene i spesialisthelsetjenesten godt, spesielt for eldre pasienter. Målet med dette var å inkludere tilsynsfaglige og kliniske betraktninger fra disse i arbeidet.

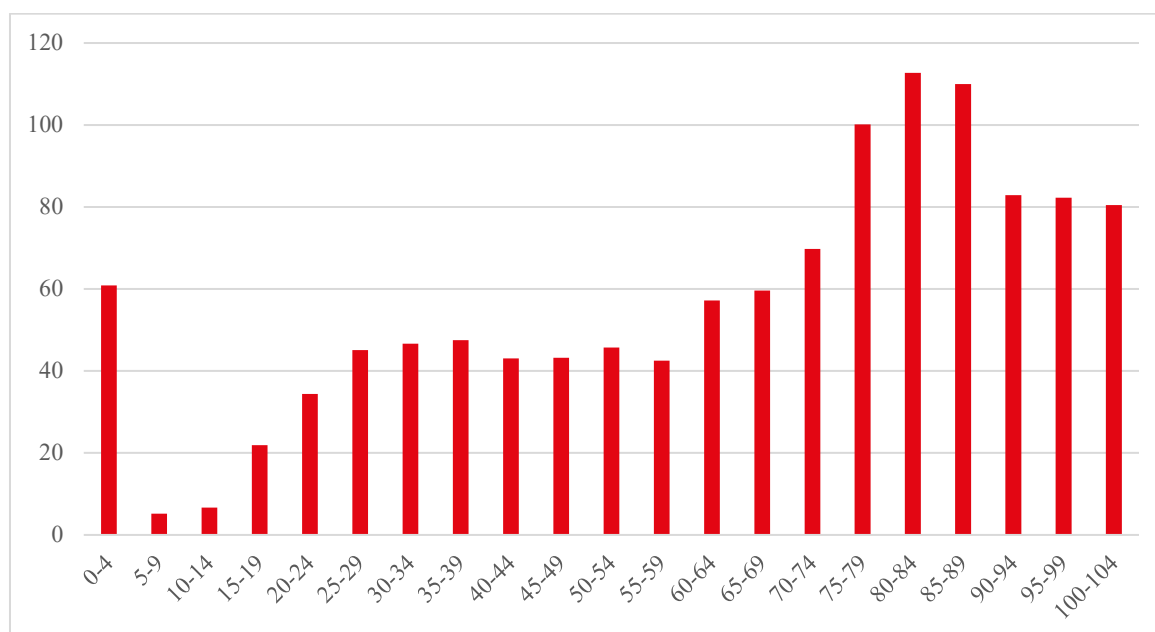
4 Informasjon fra tilsynsmyndighetenes rapporteringssystem

I dette kapitlet beskriver vi funn som er relevante for eldre pasienter i spesialisthelsetjenesten fra gjennomgangen av varselsaker, tilsynssaker, rettighetsklager og planlagte tilsyn.

4.1 Varselordningen: Andel varsler øker med økende alder, spesielt fra 70 år og oppover.

I perioden 2020–2023 kom det inn totalt 2580 varsler som omhandlet hendelser i spesialisthelsetjenesten. Av disse gjaldt 800 varsler pasienter over 65 år (32 prosent av 2519 varsler der pasientalder er kjent). Andel varsler sett i forhold til folketall innen 5-års aldersgrupper øker med økende alder, spesielt fra 70 år og oppover.

Figur 4 viser innkomne varsler i perioden 2020-2023 (n=2519) fordelt på 5-års aldersgrupper, relatert til folketall innen hver aldersgruppe (andel per 100.000 innbygger). Vi ser at andelen varsler stiger for de eldste aldersgruppene. Denne tendensen kommer ikke fram hvis vi ser på absolutte tall, da det er færre personer i de eldste aldersgruppene.



Figur 4 Mottatte varsler fordelt på 5-års aldersgrupper andel pr 100.000 innen hver aldersgruppe (spesialisthelsetjenesten 2020-23, n=2519).

Varslene kommer hovedsakelig fra helseforetak/sykehus og ikke pasienter/pårørende (det gjelder 91 prosent av varslene som omhandler pasienter over 65 år, mot 93 prosent av varslene der pasient er under 65 år). Det er ikke uventet, siden spesialisthelsetjenesten er lovpålagt å varsle om alvorlige hendelser.

Varslene som gjelder pasienter over 65 år blir i noe større grad oversendt fra Helsetilsynet til statsforvalteren for videre oppfølging, henholdsvis 82 prosent for de over 65 år mot 73 prosent for de under 65 år. Varsler som gjelder pasienter over 65 år blir i noe mindre grad avsluttet uten videre oppfølging (17 prosent mot 24 prosent) og i noe mindre grad blir de vurdert å falle utenfor varselordningens kriterier (8 prosent mot 15 prosent).

I den aktuelle perioden gjennomførte Helsetilsynet tilsynsmessig oppfølging i 12 saker som gjaldt pasienter over 65 år (1,5 prosent av varslene i aldersgruppen), og i 48 saker i

aldersgruppen under 65 år (3 prosent). Hvordan Helsetilsynet konkluderer i varselsakene, kan si noe om hvorvidt varslene vurderes forskjellig avhengig av aldersgruppe, men kan også være relatert til andre faktorer, slik som ulikt innhold i varslene.

Varslene som gjelder pasienter over 65 år omhandler i hovedsak hendelser som skjer under innleggelse på sykehus. Hendelsessted er en flervalgsvariabel i vårt registreringssystem, og 66 prosent av registreringene gjaldt innleggelse på sykehus. Det kan registreres mer enn ett alternativ for hvor i behandlings-forløpet hendelsen skjedde, noe som var tilfelle i 40 av varslene (5 prosent) som gjelder pasienter over 65 år. Det tyder på at flere aktører var involvert og kan muligens være uttrykk for samhandlings-utfordringer mellom aktørene.

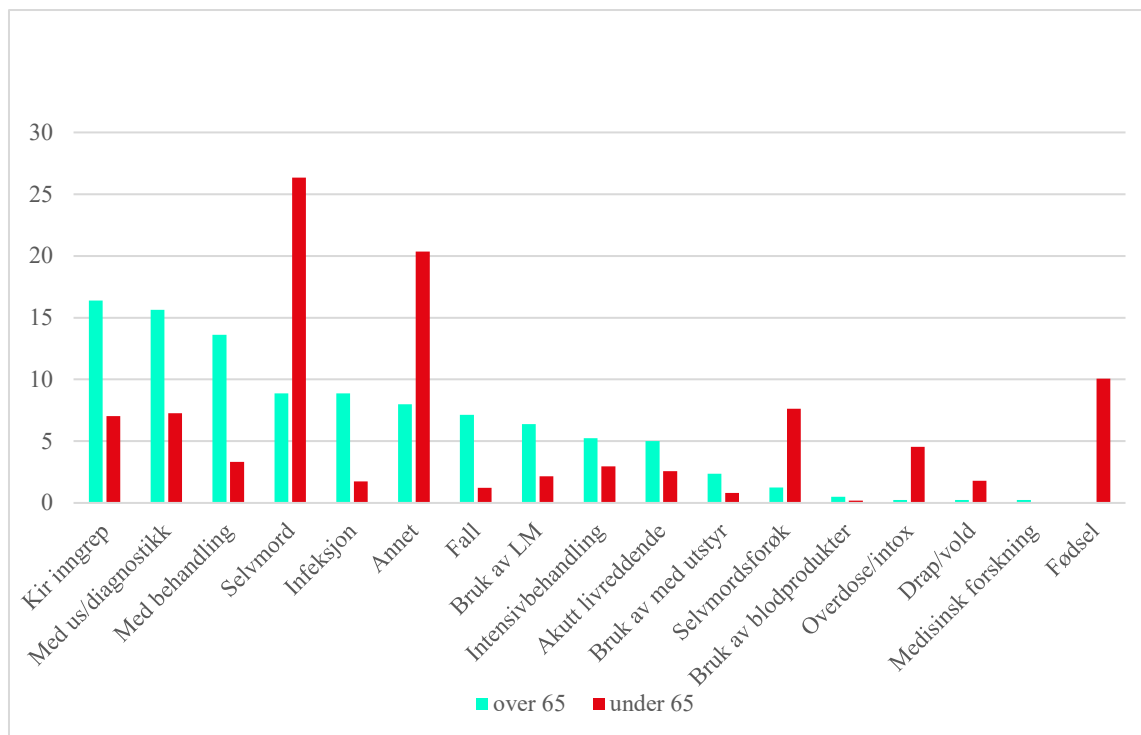
4.1.1 Varsler som gjelder pasienter over 65 år dreier seg hovedsakelig om forhold relatert til somatiske sykdommer

Hendelser det varsles om som gjelder pasienter over 65 år dreier seg hovedsakelig om forhold relatert til somatiske sykdommer (78 prosent), og er i liten grad relatert til hendelser innenfor psykiatri, rus og vold (11 prosent). Dette er vesentlig forskjellig fra varsler i den yngre aldersgruppen der somatikk utgjør 28 prosent av varslene, mens psykiatri, rus og vold utgjør 40 prosent.

For pasienter over 65 år er de tre hyppigst forekommende hendelsestypene «kirurgiske inngrep/operasjon» (16 prosent), «medisinsk undersøkelse/diagnostikk» (16 prosent) og «medisinsk behandling» (14 prosent), som til sammen utgjør 46 prosent av varslene i denne aldersgruppen. Tilsvarende tall for varsler som gjelder pasienter under 65 er betydelig lavere, henholdsvis 7 prosent, 7 prosent og 3 prosent, det vil si kun 18 prosent av varslene i denne aldersgruppen.

Andel varsler klassifisert som «annet» (dvs ikke passer inn i noen av de andre klassifikasjons-alternativene) er også ulik i de to aldersgruppene, og utgjør 8 prosent av varslene som gjelder pasienter over 65 år, mot 20 prosent av varslene som gjelder pasienter under 65 år.

Figur 5 viser mottatte varsler fordelt på «type hendelse», gjeldende pasienter over og under 65 år, angitt i prosent av antall varsler innen hver aldersgruppe.

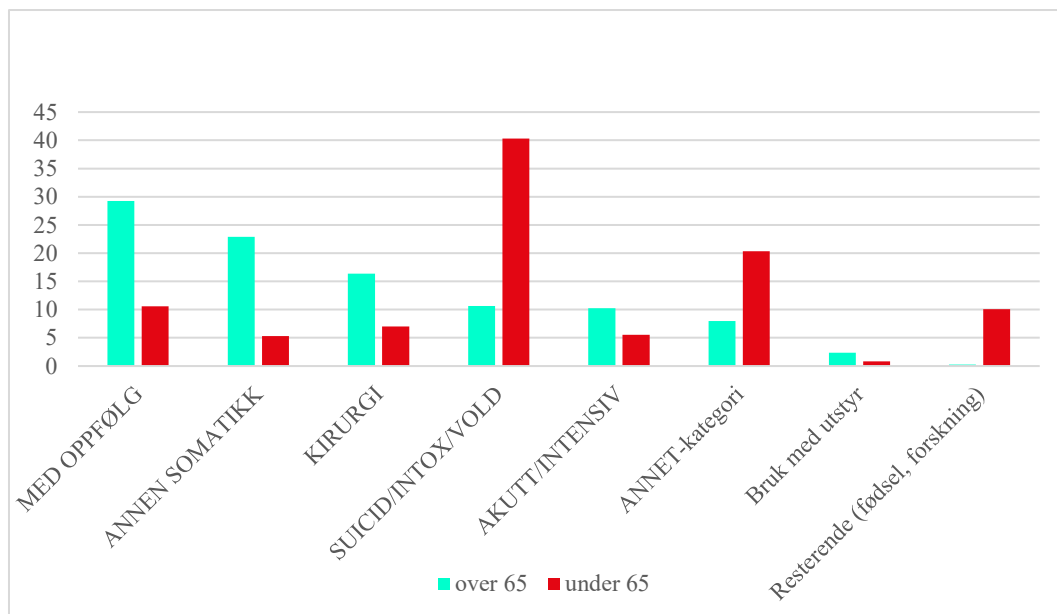


Figur 5 Mottatte varsler fordelt på «type hendelse», % av antall varsler innen hver aldersgruppe (spesialisthelsetjenesten 2020-23, > 65 år n= 800, < 65 år n= 1719)

De 17 forhåndsdefinerte klassifikasjonsalternativene omfatter ulike kategorier som på forskjellig vis kan beskrive/karakterisere en hendelse. For en og samme sak kan flere alternativer være aktuelle (dvs. at alternativene er ikke gjensidig utelukkende), men det registreres kun ett alternativ per sak. Rekkefølgen slik den fremkommer i figuren er i henhold til hvor hyppig hendelses-typen forekommer i varsler som gjelder pasienter over 65 år.

For oversiktens skyld har vi gruppert «type hendelse» i åtte grupper. Hendelser relatert til somatiske sykdommer er samlet i fire grupper: *Kirurgi*, *Medisinsk oppfølging*, *Annen somatikk* og *Akutt/intensiv*. Hendelser relatert til selvmord, selvmordsforsøk/selvskading, overdose/intoks og drap/vold er samlet i gruppen *Suicid/intoks/vold*. Klassifikasjonsalternativet *Annet* er beholdt som egen gruppe, og *Resterende* kategorier er samlet i en gruppe.

Figur 6 viser mottatte varsler fordelt på «type hendelse» gruppert, gjeldende pasienter over og under 65 år, angitt i prosent av antall varsler innen hver aldersgruppe.

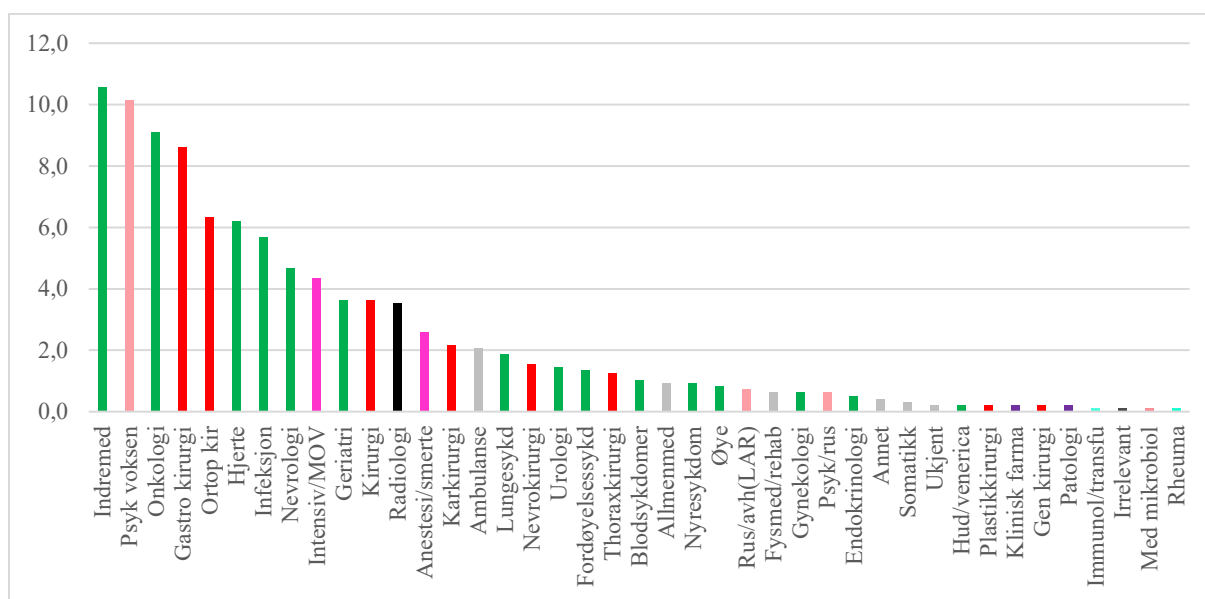


Figur 6 Mottatte varsler fordelt på «type hendelse» (gruppert), % av antall varsler innen hver aldersgruppe (spesialisthelsetjenesten 2020-23, > 65 år n=800, < 65 år n=1719).

Fra analysene kommer det tydelig fram at hendelser i spesialisthelsetjenesten som gjelder pasienter over 65 år omfatter et bredt spekter av fagområder, inkludert både indremedisinske og kirurgiske fag.

Varslet hendelse kan klassifiseres i henhold til «nærmeste helsefaglige område», og er en mer detaljert inndeling enn «type hendelse» (omfatter 53 valgmuligheter). Dette er en såkalt flervalgs-variabel der mer enn ett alternativ kan registreres for hvert varsel, våre analyser viser 965 registreringer på totalt 802 varsler.

Figur 7 viser mottatte varsler fordelt på «nærmest helsefaglige område», gjeldende pasienter over 65 år, angitt i prosent av totalt antall registreringer.



Figur 7 Mottatte varsler fordelt på «nærmeste helsefaglige område», % av antall registreringer (spesialisthelsetjenesten 2020-23, pas > 65 år, antall varsler = 802, antall registreringer = 965)

4.1.2 Gjennomgang av 12 rapporter med utgangspunkt i innkomne varsler

I perioden 2020-2023 gjennomførte Helsetilsynet tilsynsmessig oppfølging av 12 av varslene som gjaldt pasienter over 65 år; fem som «stedlig tilsyn» og sju som «annen tilsynsmessig oppfølging». Sistnevnte omfatter ulike metoder for tilsynsmessig oppfølging (der stedlig tilsyn ikke anses som nødvendig for å opplyse hendelsen), som oftest i form av såkalt «egenrapport» fra virksomheten. I samme periode ble det til sammenlikning gjennomført 11 stedlige tilsyn og 37 tilsynsmessige oppfølginger av annen type gjeldende pasienter under 65 år.

Vi har gjort en gjennomgang av de tolv rapportene og vurdert om hendelsesforløp og innhold kan gi oss utdypende informasjon av hva som går galt i alvorlige hendelser som involverer eldre pasienter.

To av rapportene har utgangspunkt i komplikasjoner ved bruk av blodfortynnende i forbindelse med spinal- og epiduralanestesi. I begge tilfellene var pasientene allerede under behandling med blodfortynnende og hadde økt risiko for blødning på grunn av dette. Begge pasientene fikk imidlertid for høy dose blodfortynnende i forbindelse med anestesi, noe som medførte lokal blødning og lammelser i bena. I begge tilfellene ble håndtering av komplikasjonen forsinket, slik at det ikke lenger var mulighet for å behandle dette. Hendelsene illustrerer at multisyke (typisk eldre) pasienter som trenger anestesi i tilknytning til behandling har en økt risiko, noe som krever både oppmerksomhet og situasjonsforståelse hos behandelende personell. I tillegg er det nødvendig med gode rutiner for å vurdere risikoen, fange opp symptomer og håndtere komplikasjoner hvis/når de oppstår.

En rapport omhandler oppfølging av en pasient som døde etter blodtransfusjon som, etter pasientens ønske, ble gitt poliklinisk. Hendelsen illustrerer at behandling av eldre, multisyke pasienter kan kreve spesiell tilrettelegging som kan innebære en noe endret organisering av helsetjenestene og spesiell oppmerksomhet fra behandelende helsepersonell.

Seks andre rapporter har transport eller medisinsk behandling som tema. I disse sakene framstår pasientens alder som mindre eller ikke relevant for innholdet.

Vi kan ikke konkludere med at pasientens alder har vært en avgjørende faktor i de ulike hendelsesforløpene vi har sett, men i gjennomgangen av de tolv rapportene basert på innkomne varsler, gjenfinner vi risikofaktorer som vi kjenner fra de andre datakildene våre. Enkelte av sakene illustrerer godt at høy alder kombinert med at pasienten kan ha flere sykdommer og bruker flere legemidler, krever spesiell oppmerksomhet og god situasjonsforståelse. Eldre pasienter har sammensatte utfordringer, lavere motstandskraft og mindre reservekapasitet, som gjør at både risiko for alvorlige hendelser og konsekvensen av en eventuell hendelse er forhøyet.

En av rapportene omhandler behandlingen av en pasient som er utlokalisert og utskrivningsklar, og framstår som illustrativ for noen utfordringer som er typiske for eldre i møte med spesialisthelsetjenesten. Saken presenteres i kapittel 1.1 som en pasienthistorie. Utlokalisering vil si at pasienten på grunn av kapasitetsutfordringer plasseres på en annen enhet enn der hen opprinnelig hører hjemme.

4.2 Rettighetsklager

I vår gjennomgang av rettighetsklager har målet vært å få en oversikt over omfanget av klager, hvilke tjenester de omhandler, hvor de kommer fra, hva utfallet blir og hva vi vet om klager fra eldre pasienter.

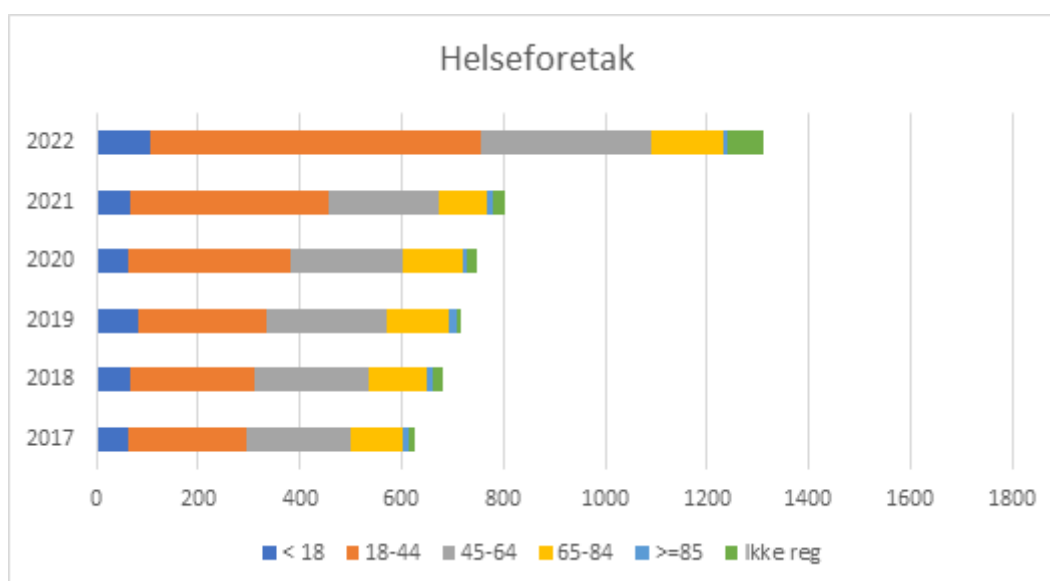
Vi har gjort analyser av rettighetsklager som gjelder både spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester, men i det følgende presenterer vi i hovedsak presentere funn knyttet til rettighetsklager som gjelder helseforetak. Vi vil sette disse i sammenheng med rettighetsklager som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester der vi mener det er relevant.

4.2.1 Betydelig økning i rettighetsklager, men få klager fra eldre

Antallet realitetsbehandlede rettighetsklager har økt betraktelig de siste årene. I 2022 ble det behandlet nesten dobbelt så mange rettighetsklager som i 2017. Om dette er uttrykk for en reell økning i mulige rettighetsbrudd eller om det dreier seg om andre faktorer (som økte forventninger og/eller enklere digital klagemulighet), er uvisst.

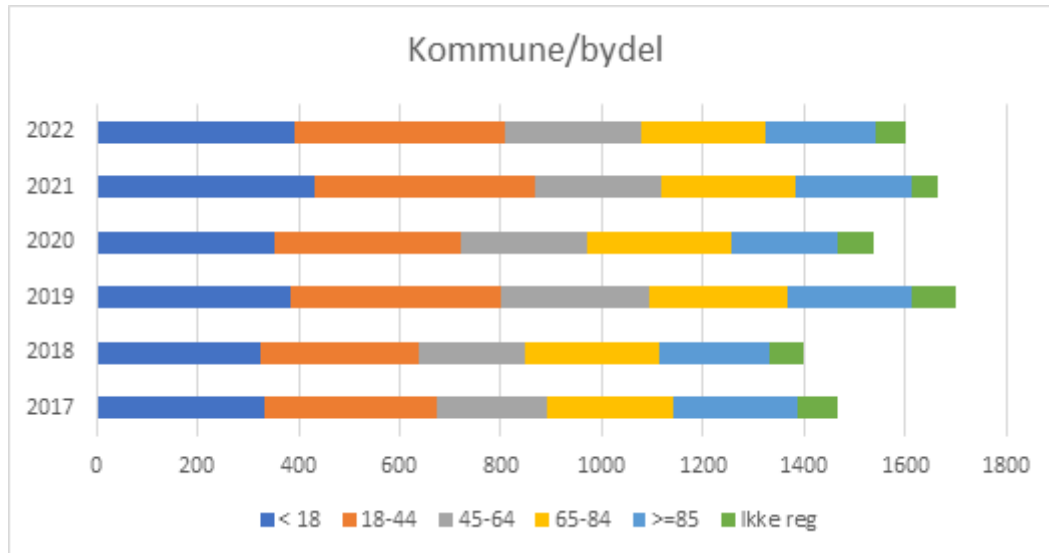
Samlet sett er det færre klager rettet mot helseforetak enn mot kommuner/bydeler. Det har imidlertid vært en betydelig økning i behandlede klager rettet mot helseforetak siden 2017 og at økningen har vært markant fra 2021 til 2022, mens antallet klager rettet mot kommune/bydel har økt i mindre grad. Figur 8 viser antall realitetsbehandlede rettighetsklager i årene 2017 til 2022, fordelt på aldersgruppe.

I 2022 var det 1312 klager rettet mot helseforetak. 141 av klagene gjaldt pasienter i aldersgruppen 65-84 år og 7 klager gjaldt pasienter i aldersgruppen over 85 år. Klagene rettet mot helseforetak som dreier seg om eldre pasienter utgjør altså en liten andel av det totale antall klager. De over 85 år utgjør kun 1 prosent av klagene, mens pasienter i aldersgruppen 65-84 år utgjør 14 prosent. Aldersgruppene 18-44 år og 45-64 år står for det største antallet klager.



Figur 8 Realitetsbehandlede rettighetsklager rettet mot helseforetak 2017-22, etter år og aldersgruppe.

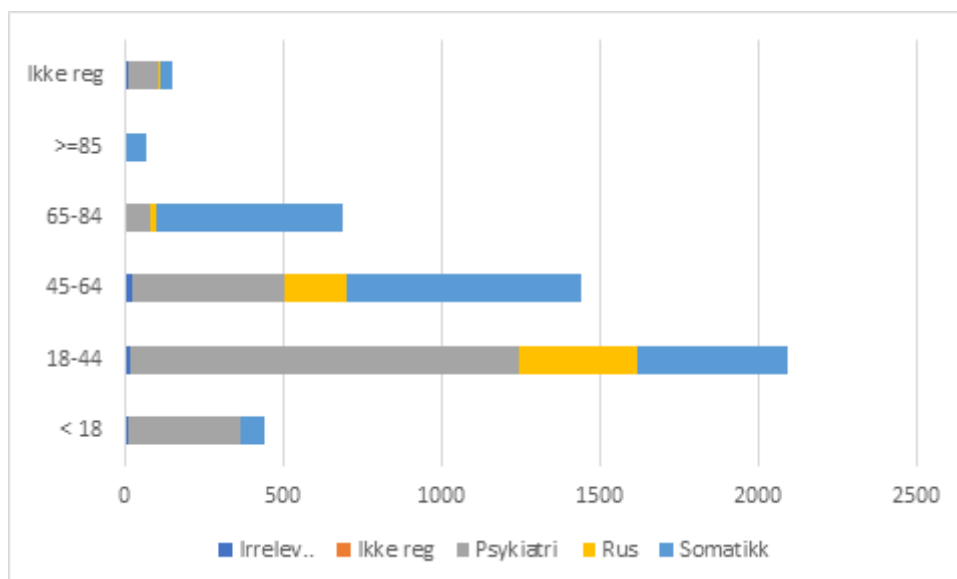
Samme år var det 1600 klager rettet mot kommune/bydel. 249 av dem gjaldt pasienter i aldersgruppen 65-84 år og 217 gjaldt pasienter på 85 år og eldre. Til sammen utgjør dette nesten en tredel av alle klagen. Her har det vært mindre variasjoner over tid. Figur 9 viser antall realitetsbehandlede rettighetsklager rettet mot kommune og bydel for årene 2017 til 2022, fordelt på aldersgruppe.



Figur 9 Realitetsbehandlede rettighetsklager rettet mot kommune/bydel i perioden 2017-22, etter år og aldersgruppe.

4.2.2 Klager fra eldre dreier seg hovedsakelig om somatisk helsehjelp

Når vi ser alle aldersgrupper under ett, kommer det flest klager på tjenester innen psykiatri (46 prosent) og deretter somatikk (41 prosent). Figur 10 viser imidlertid at for pasienter over 65 år handler nesten alle klagen om somatisk helsehjelp (henholdsvis 85 prosent i aldersgruppen 65-84 år og 95 prosent aldersgruppen 85 år og eldre). Dette er sannsynligvis et uttrykk for hvilke tjenester denne pasientgruppa har hyppigst kontakt med.



Figur 10 Realitetsbehandlede rettighetsklager rettet mot helseforetak 2017-22, etter alder og tjenesteområde.

4.2.3 Det er sjelden at klagen tas til følge, særlig klagen som gjelder somatikk

Statsforvalterne vurderer klagen ut fra forskjellige hjemler. For rettighetsklager rettet mot helseforetak i perioden 2017-2022 er den hyppigst anvendte hjemmelen pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b «Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten». Den er anvendt i 87 prosent av vurderingene. Denne bestemmelsen regulerer pasientenes lovfestede rett til behandling i spesialisthelsetjenesten.

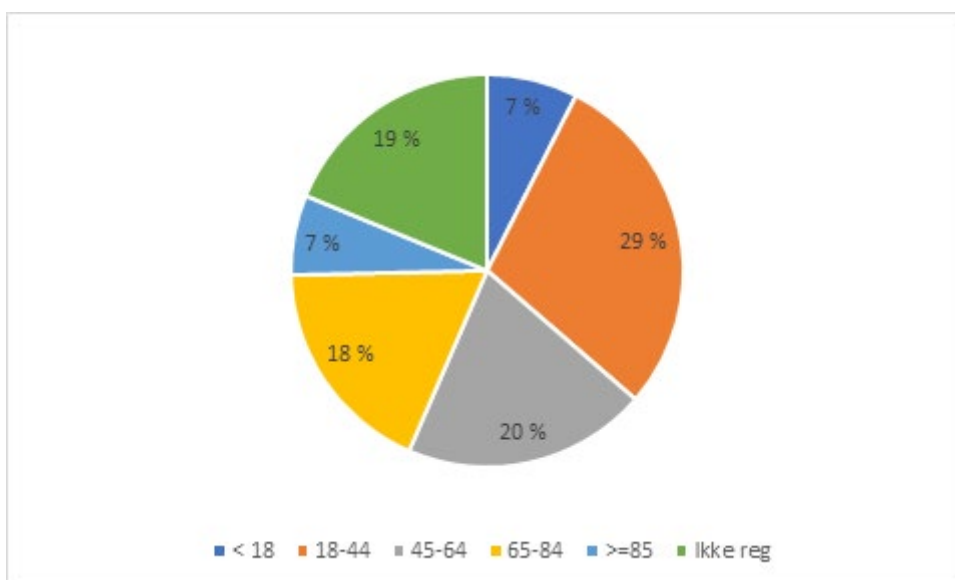
I en stor andel (81 prosent) av klagen rettet mot helseforetak blir helseforetakets vedtak stadfestet. Det vil si at den som klager ikke har fått medhold i klagen. Vedtaket kan også bli opphevet og sendt tilbake til tjenesten for ny behandling (10 prosent) eller helt eller delvis endret (9 prosent). Statsforvalterne stadfester en større andel av vedtakene fra helseforetak sammenlignet med klager rettet mot kommuner/bydel, der bare 63 prosent av vedtakene stadfestes.

Av vedtakene knyttet til somatisk helsehjelp blir 92 prosent stadfestet, 6 prosent blir opphevet og 2 prosent endret. Vedtak som gjelder de eldste aldersgruppene blir i noe større grad stadfestet, sammenlignet med yngre aldersgrupper (henholdsvis 92 prosent for aldersgruppen 65 -84 år og 97 prosent for de over 85 år).

Samlet sett ser vi at det er sjelden klager på rettigheter til nødvendig somatisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten fra eldre fører fram. Vi kan ikke si noe om årsakene til dette uten å gå inn i de enkelte sakene, noe som faller utenfor omfanget av dette arbeidet.

4.3 Tilsynssaker

I vår gjennomgang av tilsynssaker har målsetningen vært å få en oversikt over omfanget av saker, hvilke tjenester de gjelder, hvor sakene kommer fra, hvordan de følges opp av statsforvalteren og hva vi vet om de tilsynssakene som angår eldre pasienter:



Figur 11 Tilsynssaker 2017-22, etter pasientens aldersgruppe.

Vi har i våre analyser tatt utgangspunkt i et datasett med til sammen 23 828 tilsynssaker som gjelder spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester. Figur 11 viser hvordan sakene fordeler seg etter aldersgruppe. Om lag en fjerdedel (25 prosent) av tilsynssakene er knyttet til pasienter over 65 år, det vil si i underkant av 6000 saker.

Aldersgruppen 65–84 år utgjør 18 prosent, mens aldersgruppen over 85 år utgjør 7 prosent av alle saker. I nesten en femdel av tilsynssakene er det ikke registrert fødselsår på pasient/bruker.

4.3.1 Økning i saksomfang, men ikke i saker som gjelder eldre

Det har vært en økning i det totale antallet tilsynssaker i den undersøkte perioden. Antallet saker hvor pasienten er over 85 år har variert litt, mens andelen har vært stabil, på 6–7 prosent i alle årene. Andelen saker der pasienten er mellom 65–84 år har gått ned, fra 19 prosent i 2017 til 16 prosent i 2022.

Innen spesialisthelsetjenesten omhandler 81 prosent av sakene virksomheter, mens 15 prosent omhandler helsepersonell (individsaker) og 4 prosent både virksomhet og helsepersonell. I saker innen den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det en større andel individsaker 45 prosent, virksomhetsaker utgjør 50 prosent og 5 prosent omhandler begge deler. Mange av individsakene omhandler allmennleger.

Når sakene omhandler begge tjenestenivå, omhandler en større andel, 46 prosent, både individ og virksomhet, 52 prosent bare virksomheter og 3 prosent bare individer.

Andelen saker som omhandler virksomheter har vært økende siden 2017, og økningen har vært større i 2021 og 2022 enn i årene før. Dette henger sammen med innføringen av nye behandlingsmåter av tilsynssaker hos statsforvalterne, der virksomhetsperspektivet i tilsynssaker i større grad skal vektlegges.

4.3.2 Det er som regel pasienten selv som klager

Den hyppigst forekommende registrerte klagekilden innen både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester er «pasient» (pasient/bruker/representant). Den inkluderer også pårørende. Hos de eldre er dette kilden i henholdsvis 60 prosent (65-84 år) og 65 prosent (over 85 år) av sakene. En annen viktig kilde for tilsynssaker er pasient- og brukerombudene (8 prosent av kildene innen spesialisthelsetjenesten og 5 prosent av kildene innen kommunal helse og omsorgstjeneste). I spesialisthelsetjenesten er varselordningen en viktig kilde (16 prosent). Helsepersonell og arbeidsgiver kan også være kilder til saker. Vi finner ingen klar sammenheng mellom alder og registrert kilde for tilsynssaker.

De hyppigst registrerte klagegrunnene er «dårlig eller feil behandling» og «helsefaglig behandling og oppfølging inkl. pleie og omsorg». Dette gjelder begge tjenestenivå. I 53 prosent av tilsynssakene er det registrert én klagegrunn, i 24 prosent er det registrert to, og 9 prosent er det registrert tre eller flere klagegrunner. I 14 prosent av sakene er det ikke registrert klagegrunn.

Innen spesialisthelsetjenesten er de oftest forekommende klagegrunner:

- dårlig eller feil behandling (20 prosent)
- helsefaglig behandling og oppfølging inkl. pleie og omsorg (10 prosent)
- mangel på nødvendig hjelp i spesialisthelsetjenesten (10 prosent)
- kommunikasjonssvikt/mangel på informasjon/samtykke (10 prosent)
- feil eller for sen diagnose (6 prosent)
- undersøkelse/diagnostisering (6 prosent)

Det har vært endringer i statsforvalternes kodesystem for klagegrunn. Koden «dårlig eller feil behandling» er brukt t.o.m. 17. oktober 2021, men vil også være anvendt i noen av sakene som ble avsluttet i 2022. Koden «helsefaglig behandling og oppfølging inkl. pleie og omsorg» er ny og primært brukt i saker ferdigbehandlet etter 17. oktober 2021. Klagegrunnene som omfattes av disse kategoriene er like, men den tidligere koden «dårlig eller feil behandling» kan også omfatte klager knyttet til «omsorgsfull hjelp», som etter oktober 2021 er skilt ut i en egen kategori.

Vi ser ingen klar sammenheng mellom alder og registrert klagegrunn i tilsynssakene.

4.3.3 Eldre pasienter utgjør en stor andel av saker som involverer begge tjenestenivå

Tilsynssakene kan ha tilsynsobjekter (i betydning tilsyn mot enkeltpersonell eller virksomhet) innen både kommunale helse- og omsorgstjenester- og i spesialisthelsetjenesten, og de kan ha både virksomheter og enkeltpersonell som tilsynsobjekter.

Litt over halvparten av sakene (53 prosent) omhandler kommunal helsetjeneste, 43 prosent spesialisthelsetjenesten og 4 prosent av tilsynssakene omfatter tilsynsobjekter innen begge tjenestene. Det er altså få tilsynssaker som gjelder både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten, og registrert klagegrunn er til dels de samme i disse sakene som i andre saker.

I saker som gjelder spesialisthelsetjenesten utgjør saker med eldre pasient/brukere henholdsvis 18 prosent (for de mellom 65 og 85 år) og 3 prosent (>85 år). I saker innen kommunale helse- og omsorgstjenester utgjør de tilsvarende 17 prosent og 9 prosent. I de sakene som er registrert med både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjeneste som tilsynsobjekt, utgjør pasient/brukere i de eldre aldersgruppene henholdsvis 30 prosent og 7 prosent, altså en betydelig større andel. Dette gjelder få saker totalt sett, og vi vet ikke nok om innholdet i disse sakene til å kunne vurdere hva dette kommer av.

Beskriver vi det samme med utgangspunkt i hvordan saker med pasient/bruker i de eldre aldersgruppene fordeler seg mellom ulike tjenestenivå, ser det slik ut:

Alder	Kommunale helse- og omsorgstjenester	Spesialisthelsetjenester	Begge tjenestenivå
65-85 år	43 %	50 %	7 %
> 85 år	75 %	21 %	5 %

Figur 12 Andel saker de eldre aldersgruppene utgjør på ulike tjenestenivå.

Tilsynssaker innen *kommunale helse- og omsorgstjenester* omfatter mange forskjellige tjenester, og de varierer naturlig nok med alderen til pasienten på en måte som ser ut til å avspeile de behov forskjellige aldersgrupper har. I saker hvor pasient/bruker er over 85 år er størsteparten av tilsynsobjektene sykehjem (57 prosent), hjemmebaserte tjenester (19 prosent) og allmennleger (14 prosent). For gruppen med pasient/bruker mellom 65 og 84 år er størsteparten av sakene knyttet til allmennlege (37 prosent), sykehjem (28 prosent), legevakt (17 prosent) og hjemmebaserte tjenester (12 prosent).

I *spesialisthelsetjenesten* gjelder tilsynssakene primært tilsynsobjekter i helseforetakene (87 prosent), mens private sykehus eller annen privat spesialisthelsetjeneste (leger og psykologer) utgjør en liten andel (hhv. 7 prosent og 6 prosent).

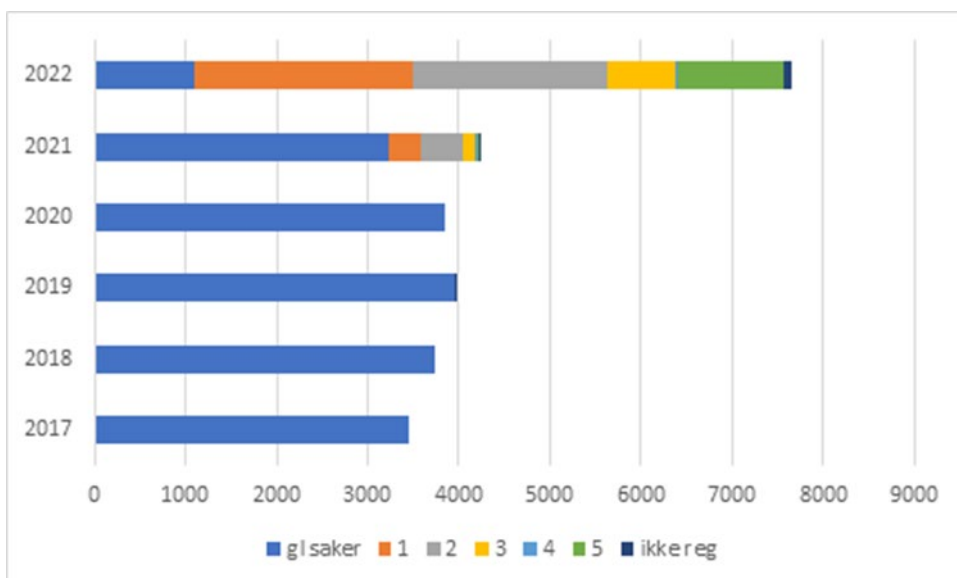
Statsforvalteren bruker 27 medisinske koder for å beskrive tilsynsobjektene. De hyppigst brukte fordeler seg slik:

- psykiatri 25 prosent
- indremedisin 12 prosent
- kirurgi 10 prosent
- irrelevant 9 prosent

For tilsynsobjekter med pasient/bruker som er mellom 65-84 år og over 85 år utgjør indremedisin henholdsvis 23 prosent og 30 prosent, kirurgi henholdsvis 19 prosent og 17 prosent. For objekter med pasient/bruker mellom 65-84 år utgjør onkologi en større andel enn for de øvrige gruppene. For tilsynsobjekter der pasient/bruker er over 85 år utgjør kodene geriatri og ortopedi en større andel enn for de yngre. De to eldste aldersgruppene har også en litt større andel objekter innen koden ambulanse enn de øvrige aldersgruppene. Vi kan anta at denne variasjonen reflekterer hvilke tjenester de eldre pasientene bruker.

4.3.4 Behandlingsmåter

Statsforvalterne har etter oktober 2021 behandlet tilsynssaker etter fem ulike fremgangsmåter, eller «behandlingsmåter», se nærmere beskrivelse i kapittel 3. Figur 13 viser antall tilsynssaker per år innen helse- og omsorgstjenesten (inkludert både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste) fra 2017 til 2022, og fordelingen mellom behandlingsmåter fra 2021. Det er noen variasjoner i valg av behandlingsmåte mellom de ulike aldersgruppene, uten at vi har funnet noen klar tendens. Vi tror at valg av behandlingsmåte i ulike saker, ikke har sammenheng med alder, men andre forhold ved saken.



Figur 13 Tilsynssaker innen helse og omsorgstjenestene 2017-22, etter år og behandlingsmåte.

4.3.5 *Flertallet av sakene avsluttes uten at det blir konkludert med lovbrudd*

Utfallet av vurderingene varierer etter hvilken type sak det er, for eksempel sak som gjelder individ eller virksomhet, spesialisthelsetjeneste eller kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke vurderingshjemler som er brukt.

Utfall varierer generelt mellom virksomhetssaker og individualsaker, da disse vurderes etter ulikt lovverk og ulike lovhjemler. Individualsaker, der man vurderer å begrense eller tilbakekalle en autorisasjon, skal oversendes til Statens helsetilsyn. Nærmere en fjerdedel av individualsakene oversendes. Virksomhetssakene skal primært behandles og avsluttes hos statsforvalterne og blir kun unntaksvis, 1 prosent, oversendt til Helsetilsynet. I over halvparten av virksomhetssakene er konklusjonen at det ikke har vært lovbrudd, og 10 prosent blir avsluttet etter en innledende utredning. Tilsvarende andeler for individualsakene er 36 prosent og 6 prosent. I 37 prosent av virksomhetssakene blir det konkludert med lovbrudd, mens tilsvarende for individualsakene er 34 prosent.

Utfall i tilsynssaker hvor pasient eller bruker er «eldre» skiller seg ikke ut fra de øvrige sakene.

4.3.6 *Sakene blir vurdert etter ulike lovhjemler*

De lovhjemler som statsforvalterne bruker når de vurderer tilsynssakene forteller oss noe om hva sakene handler om. I det følgende beskriver vi saker som er behandlet etter behandlingsmåte 5, det vil si de sakene der det er gjort en lovlighetsvurdering av det aktuelle forholdet. Det gjelder 1170 saker med til sammen 1350 tilsynsobjekter (hver sak kan ha flere tilsynsobjekter). Det kan i tillegg være flere lovhjemler som vurdert i hver sak og for hvert tilsynsobjekt (her 1689 vurderinger).

Saker hvor pasient/bruker er eldre over 65 år utgjør om lag 23 prosent av sakene etter behandlingsmåte 5. Det er noe variasjon i behandlingsmåte av saker mellom ulike aldersgrupper. Det tror vi skyldes andre forhold ved saken enn pasientens alder.

Saker som gjelder individer og virksomheter, og saker fra kommunale helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste blir vurdert ut fra forskjellig lovverk. Sakene kan vurderes etter mange ulike lovhjemler, men vi ser at det er noen få hjemler som brukes ofte.

For virksomhetssakene innen spesialisthelsetjenesten er 78 prosent av sakene vurdert etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 «Plikt til forsvarlighet», mens for virksomhetssaker innen kommunale helse- og omsorgstjenester er 70 prosent av sakene vurdert etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 «Plikt til forsvarlighet».

I individualsakene er den hyppigst forekommende hjemmel helsepersonelloven § 4 «Helsefaglig forsvarlighet», til sammen brukt i 43 prosent av sakene innen kommunale helse- og omsorgstjenester, og i 31 prosent av sakene innen spesialisthelsetjenesten. Dette er den generelle medisinsk-faglige forsvarlighetsparagrafen for helsepersonell. De øvrige vurderingshjemlene varierer noe mellom tjenestene.

Det er få saker som er vurdert, og det blir små tall og tilfeldigheter når vi deler opp etter aldersgrupper og vurderingshjemler. Det er derfor ikke mulig å se om saker hvor pasient/bruker er i en av de eldre aldersgrupper, skiller seg ut fra andre saker.

4.4 Planlagte tilsyn

4.4.1 Spesialisthelsetjenester til eldre har i liten grad vært gjenstand for planlagte tilsyn i perioden

Av publiserte tilsynsrapporter om spesialisthelsetjenesten er det få som konkret kan knyttes til eldre. De fleste dreier seg om psykisk helsevern og rusbehandling. Vi fant to relevante tilsynen, det ene et tilsyn med Sykehuset Telemark HF, medisinsk klinikk, seksjon sengepost mage/tarm i 2018. Tilsynet gjaldt ytelse av helsetjenester med tvang til personer uten samtykkekompetanse. Det andre var et tilsyn med Tromsø kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i 2022. Tilsynet gjaldt samhandlingen mellom kommunen og UNN om pasienter som er ferdigbehandlet ved sykehuset og meldes utskrivningsklare til kommunen (utskrivningsklare pasienter med liggedøgn). Tilsynet omfattet undersøkelser av om virksomhetene følger avtalte retningslinjer, samt hvilke konsekvenser situasjonen med mange utskrivningsklare pasienter har fått for pasientbehandlingen. Tilsynet ble gjennomført som en systemrevisjon. Tilsynet gjelder i hovedsak eldre pasienter, gitt temaet.

Statsforvalteren i Finnmark og Troms gjennomførte i 2023 tilsyn med prostatakreftforløp, basert på egenutviklet veileder, ved Finnmarkssykehuset HF og UNN HF. Det er grunn til å anta at eldre pasienter er en relevant målgruppe her, selv om det ikke er spesifisert.

Når det gjelder landsomfattende tilsyn, ble det i den forrige «eldresatsingen» fra Helsetilsynet gjort landsomfattende tilsyn med behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd (stikkprøvetilsyn) og behandling av eldre med hjerneslag (systemrevisjon) i 2011 (36, 37).

Bakgrunnen for valget av disse områdene for tilsyn, var en arbeidsprosess der det ble identifisert 14 ulike risikoområder innen spesialisthelsetjenester til eldre (38). De viktigste risikoområdene omfattet: 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. Det ble vurdert at risikoområdene dreide seg mye om organisering og styring av spesialisthelsetjenesten.

Siden den gang er følgende landsomfattende tilsyn gjennomført innen somatiske spesialisthelsetjenester:

- Håndtering og vurdering av henvisninger m.v. i kreftbehandling (2012).
- Samhandling ved utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Tilsynet omfattet både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester (2014-2015)
- Tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttinntak og deres gjenkjennelse og behandling av sepsis (2016-2017).
- Somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter (2019-2020).

5 Risikoområder i pasientforløpet

I dette kapitlet beskriver vi funn som dreier seg om eldre pasienter i spesialisthelsetjenesten som et pasientforløp. Dette har vi gjort for å synliggjøre hvor vi finner fare for svikt og ser grunn til bekymring. Funnene vi beskriver i kapitlet kommer primært fra kvalitative data og samtaler vi har gjennomført.

5.1 Akuttmottak

Akuttmottaket tar i mot pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp på grunn av sykdom eller skade. Pasientene kommer til akuttmottaket fra en henvisende instans, eller de kommer direkte med ambulanse etter kontakt med AMK. Et kjennetegn ved akuttmottaket er at de som jobber der som regel har lite forhåndskunnskap om pasientene som kommer inn.

5.1.1 Akuttmottaket er ikke rigget for å fange opp den eldre pasientens behov

Akuttmottakets oppmerksomhet kan fort bli avgrenset til det pasienten er innlagt for, og tiltakene er rettet mot rask avklaring og diagnostisering. Det innebærer at man i en slik akutt fase i mindre grad er organisert for å fange opp andre samtidige tilstander eller det helhetlige bildet. Mange eldre har flere diagnoser samtidig og et symptombilde som kan være uklart. Dette er i seg selv en risiko som blir trukket fram i tilknytning til skrøpelige eldre. I tillegg har mange eldre vanskeligheter med å gjøre rede for seg og beskrive symptomer og plager, enten fordi de har en kognitiv svikt, demenssykdom eller er akutt forvirret i forbindelse med den aktuelle innleggelsen. At pasienten hører og ser dårlig trekkes også fram som et element som påvirker hele situasjonen rundt innleggelsen. Det kan føre til at symptomer blir feiltolket eller oversett. Det kan være vanskelig å få tak i pasientens sykehistorie, særlig om det ikke er pårørende til stede som kan gi tilleggsinformasjon. Eldre kan dessuten ha diffuse, atypiske symptomer som gjør det vanskelig å sette diagnose. Pasienter med slike diffuse symptomer har en tendens til å havne langt ned på prioriteringslisten, de må vente lenge, og det kan bli vanskeligere å fange opp forverringer. Utredning og diagnostisering kan bli forsinket og for avgrenset. Ventetid og forsinkelse kan i seg selv gjøre at pasientens tilstand snur raskt, og hen blir dårligere. Forsinket diagnostisering forsinker oppstart av behandling.

5.1.2 Svikt i diagnostikk og behandling av sepsis illustrerer utfordringene i akuttmottaket

I perioden 2016 til 2018 ble det gjennomført landsomfattende tilsyn med helseforetakenes somatiske akuttmottak og oppfølging og behandling av pasienter ved mistanke om sepsis (blodforgiftning) (39). Tilsynet illustrerer noen av utfordringene eldre kan møte i akuttmottaket. Det ble gjennomført 24 tilsyn, fordelt på 19 helseforetak og ett privat sykehus. Eldre pasienter var ikke definert målgruppe, men eldre er en spesielt risikoutsatt gruppe som ofte kan ha atypiske symptomer ved sepsis. Dette krever ekstra skjerpet situasjonsforståelse og oppmerksomhet.

Statsforvalterne avdekket mangler og svikt i alle helseforetak som ble undersøkt. Det mest gjennomgående funnet var at det kunne ta lang tid før pasienter med sepsis fikk antibiotikabehandling. For eldre pasienter med lav reservekapasitet er det ekstra viktig at behandlingen settes i gang raskt. Ledelsen i en rekke helseforetak hadde ikke tilstrekkelig oversikt over praksis og sviktområder. I noen helseforetak var dette kjent risiko, men ledelsen hadde ikke lagt tilstrekkelig til rette for å sikre at alle pasienter fikk forsvarlig helsehjelp.

5.2 På sengepost

På sengeposten er pasienten innlagt med døgnopphold. For eldre og skrøpelige pasienter kan et opphold på sykehus være ekstremt krevende.

5.2.1 På sengeposten – skrøpelige eldre pasienter i et travelt og høyspesialisert sykehusmiljø

Alle vi snakket med var opptatt av fare for svikt ved innleggelse på sengepost. Sykehuset er i stor grad organisert med tanke på standardiserte og spesialiserte forløp, og effektivitet. Pasienter med flere tilstander og uklare symptomer som har behov for en mer helhetlig tilnærming, slik som skrøpelige eldre, «passer ikke inn» i denne virkeligheten. De standardiserte retningslinjene kan ikke alltid anvendes på de eldre pasientene, som har særskilte behov sammenliknet med gjennomsnittspasienten.

Fokuset i spesialisthelsetjenesten er på det akutte. Flere av de vi snakket med nevnte at det bør bli lettere for sykehusene å jobbe forebyggende og ivareta en helhetlig tilnærming. Konsekvensene av at forebyggende og helhetlig arbeid ikke blir prioritert, blir ekstra tydelig for den eldre pasientgruppa.

5.2.2 Det er behov for mer kompetanse om eldre pasienter

Det ble påpekt at manglende geriatrisk kompetanse ved behandling av multisyke eller demente er en risiko i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke nødvendigvis et spørsmål om mangel på spesialister i geriatri, men at den gjennomgående kompetansen på den eldre pasienten er for dårlig i spesialisthelsetjenesten.

Observasjonskompetansen på de ulike avdelingene er ikke alltid tilstrekkelig til å fange opp endringer i tilstanden hos den eldre pasienten eller identifisere symptomer relatert til andre sykdommer enn det som pasienten er innlagt for. Dette kan medføre at komplikasjoner og andre behandlingstrengende sykdommer blir oversett hos den eldre pasienten. I den interne workshopen i Helsetilsynet ble det nevnt at der man er vant til at pasientene er "unge og spreke", som for eksempel dagkirurgi, ortopedi, gynekologi, kan oppmerksomheten på eldre pasienters spesielle behov være lav. Dermed øker faren for svikt.

Det er godt kjent at eldre får funksjonsfall når de er innlagt på sykehus. Høy alder øker de uheldige konsekvensene av for eksempel manglende mobilisering under innleggelse. Eldre pasienter har også høyere risiko for organsvikt og kognitiv svikt i forbindelse med anestesi/operasjon. Flere trakk også fram konkrete risikoområder knyttet til eldre i sykehus, blant annet ble legemiddelbruk, ernæring, fall og munnhelse trukket fram. Tre statsforvalterembeter løftet fram fallforebygging som et risikoområde hvor det kom inn tilsynssaker. Disse statsforvalterne poengterte at sykehusene ikke så ut til å ha gode nok systemer for å ivareta ekstra risikoutsatte pasienter, for eksempel ved forflytning mellom avdelinger.

5.2.3 Det mangler økonomiske incentiver for å jobbe på tvers

Silotenkning og utfordringer knyttet til samhandling har blitt identifisert i alle delene av spesialisthelsetjenesten. Mange av de vi snakket med etterlyste konkrete tiltak for å motvirke dette. Det ble påpekt at finansieringsstrukturene har stor innvirkning på hvordan helsepersonell prioriterer sitt arbeid, og flere etterlyste endringer i disse systemene. Det ble

spesielt nevnt at DRG-systemet er bygd opp slik at det ikke blir «lønnsomt» å prioritere helhetlig tenkning og samarbeid på tvers mellom avdelinger innad i spesialisthelsetjenesten.

Et eksempel som ble gitt var legemiddelgjennomgang. Det ble påpekt at en slik gjennomgang kan være vel så omfattende og tidkrevende å gjennomføre som finansieringsgivende undersøkelser og behandlinger. Flere av de vi har snakket med mente at legemiddelgjennomganger hadde blitt gjort oftere dersom det fantes en prosedyrekode for det.

5.2.4 Kommunikasjonsutfordringer kan gi risiko for at pasientens behov ikke blir fanget opp og møtt

Statsforvalterne løfter fram kommunikasjon som et vesentlig risikoområde på sengepost. Kommunikasjon med den eldre pasienten om sykdommen, andre symptomer og om behandling er tidvis vanskelig, og misforståelser kan oppstå, både fordi pasienten kan være svekket mentalt og være forvirret, ha en demenssykdom eller høre og se dårlig. Dessuten kan innleggelsesresultater i akutt forvirring og kognitiv svikt hos pasienter som i utgangspunktet er klare og orienterte. Mange eldre har redusert kognitiv funksjon, uten at pasienten har en diagnose. Miljøskiftet i seg selv disponerer for forvirring og forverring av kognitiv svikt. Spesialisthelsetjenesten må derfor være våken for at antatt klare pasienter faktisk kan være noe svekket kognitivt og/eller kan være betydelig utsatt å bli forvirret og kognitivt svekket.

Som en tilleggsutfordring nevner enkelte statsforvaltere at misforståelser og feil kan oppstå når helsepersonellet ikke har norsk som førstespråk og ikke snakker godt norsk.

Statsforvalterne reflekterte over at eldre som gruppe kan ha vanskeligheter med å gjøre rede for seg og sin situasjon, og si ifra om egne ønsker og behov. I en slik sammenheng kan underbehandling være en utfordring. På den andre siden kan det også være fare for at utredning og behandling trekkes for langt, noe som kan gi unødig belastning og lidelse for eldre i livets slutfase.

Flere statsforvaltere pekte på at sykehus har utfordringer knyttet til å få til gode prosesser rundt avgjørelser om eventuell videre behandling. Det iverksettes ofte ulike tiltak og støttende behandling som kan være problematisk å avslutte. Eksempler på dette kan være oksygentilførsel, intravenøs væske og ernæring. Gode prosesser rundt dette omfatter involvering av både pasienten selv og pårørende, noe som krever både planlegging og tid.

5.2.5 Utlokalisering øker behov for intern samhandling

I pasienthistorien vi presenterte i begynnelsen av rapporten, er en av utfordringene at pasienten blir utlokalisert, dvs. plasseres på en annen enhet enn der hen opprinnelig hørte hjemme. Utlokalisering skjer når det er fullt på den sengeposten der pasienten opprinnelig skulle fått behandling, og det er ledig plass på andre sengeposter. Dette er som regel enheter som ikke har fagspesifikk kompetanse på pasientens aktuelle helseproblem.

I 2019/2020 ble det gjennomført 10 tilsyn i et landsomfattende tilsyn med somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter (40). Dette tilsynet er relevant fordi eldre, skrøpelige pasienter kan være spesielt risikoutsatte i slike situasjoner.

Statsforvalterne undersøkte om helseforetakene oppfattet utlokalisering som en situasjon som gir økt fare for svikt i helsehjelpen. De undersøkte også om helseforetakene hadde iverksatt tiltak for å redusere risiko, både på overordnet og utøvende nivå. Det ble avdekket lovbrudd

ved 8 av de 10 helseforetakene. Helseforetakene oppfattet utlokalisering som en normalsituasjon, og hadde gjort få risikovurderinger, og iverksatt få tiltak for å sikre gode og trygge tjenester for pasienter som var plassert på «feil avdeling». De fleste helseforetakene hadde ikke tilstrekkelig oversikt over hvor mange pasienter som var plassert på andre avdelinger, og hvor i sykehuset disse pasientene var.

5.2.6 Tidligere tilsyn understreker utfordringene for eldre på sengepost

Statens helsetilsyns gjennomførte i samarbeid med statsforvalterne en fireårig satsing på tilsyn med tjenester til eldre i perioden 2009–2012. Det ble gjennomført to landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd og behandling av eldre med hjerneslag.

Tilsynet med behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd ble gjennomført i 2011 og 2012. Formålet med tilsynet var å undersøke noen områder hvor det er kjent at svikt kan få alvorlige følger for disse pasientene: ventetid fra innleggelse til operasjon, legemiddelbruk, behandling av delir (akutt forvirringstilstand) og kartlegging og oppfølging av ernæringsstatus.

Resultatene viste at de fleste sykehusene hadde forsvarlig ventetid fra innleggelse til operasjon, men at mange sykehus ikke hadde en bred nok tilnærming til behandling av skrøpelige eldre med hoftebrudd.

I tilsynet med behandling av eldre med hjerneslag var hovedtema:

- observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter sykehusinnleggelsen
- tidlig rehabilitering og forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

I to tredeler av tilsynene ble det ikke funnet lovbrudd, noe som ga grunn til å anta at spesialisthelsetjenesten i de fleste tilfeller gir et forsvarlig behandlingstilbud til eldre slagpasienter. Det ble likevel avdekket en relativt omfattende styringssvikt i noen helseforetak, der det var behov for å styrke kapasiteten for spesialisert slagbehandling og få til bedre fungerende tverrfaglig samarbeid. Dette medførte, etter Helsetilsynets vurdering, uakseptable ulikheter i behandlingstilbudet til en sårbar gruppe og kan medføre at noen pasienter kommer ut av sykehusoppholdet med en større funksjonssvikt enn de ville hatt ved behandling på et annet sykehus.

Det har gått mange år siden disse tilsynene ble gjennomført, så vi kan ikke uten videre legge til grunn at funnene gir et riktig bilde av tilstanden i dag. I våre samtaler med statsforvalterne ble det imidlertid trukket frem at de er bekymret for hvordan helheten ivaretas når pasienter kommer inn med hoftebrudd. Tverrfaglig samarbeid og at man ser helheten i behandlingen av skrøpelige eldre er temaer som går igjen i flere samtaler. Derfor kan det være grunn til å anta at de problemstillingene tilsynet fant i den forrige eldresatsningen, fortsatt er aktuelle.

5.2.7 Oppmerksomheten rundt samtykkekompetanse er for lav i spesialisthelsetjenesten

For pasienter som helt eller delvis er ute av stand til å samtykke til nødvendig helsehjelp, kan det være nødvendig å gi helse- og omsorgstjenester med tvang. Tvungen somatisk helsehjelp kan være aktuelt i forhold til pasienter med demenssykdom eller andre tilstander som gir kognitiv svikt. Derfor berører temaet eldre i særlig grad.

Tvungen somatisk helsehjelp er regulert i pasient- og brukerrettighetslovens kap. 4 A (pbrl.) (28). Utgangspunktet er at all helsehjelp er frivillig, og dersom det skal gis nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade som pasienten motsetter seg, må det foreligge et vedtak (28). Statsforvalteren er tillagt en betydelig rolle i å ivareta rettsikkerheten til pasienter underlagt tvungen somatisk helsehjelp.

I samtalene med statsforvalterne vurderer de at det kommer færre vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, enn hva de ville ventet ut fra pasientpopulasjonen av eldre som er der. Slik statsforvalterne vurderer det, er bevisstheten og saksbehandlingen knyttet til hjemmelsbruk om tvungen somatisk helsehjelp høyere i kommunal helse- og omsorgstjeneste, enn i spesialisthelsetjenesten. I det lokale tilsynsarbeidet forteller statsforvalterne at de håndterer enkelte saker om uhjemlet tvang hvor praksisen i spesialisthelsetjenesten framstår ubetenkt.

Det gjennomføres relativt mange tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp, og statsforvalterne har høy oppmerksomhet på temaet. Kun unntaksvis gjelder dette virksomheter i spesialisthelsetjenesten.

Helsetilsynet gikk i 2023 igjennom 99 vedtak om tvang etter pbrl. kap. 4A. Denne gjennomgangen viste at det er gjennomgående lav kvalitet på vedtakene som kommer inn til statsforvalteren fra virksomhetene. Vedtakene er ofte dårlig opplyst slik at det er umulig å vurdere om vilkårene for bruk av tvang er til stede eller ikke. Dette gjelder særlig for vedtakene som kommer inn fra spesialisthelsetjenesten.

Konsekvensen av dette er risiko for at pasienten ikke får nødvendig helsehjelp fordi pasienter som ikke har samtykkekompetanse får mulighet til å nekte behandling. Det er også en risiko for at det blir brukt ulovlig tvang dersom helsehjelp blir gitt mot pasientens vilje uten at det fattes vedtak om dette, eller om vedtakene har for dårlig kvalitet til at de kan overprøves.

Det er viktig at den som yter helsehjelpen vurderer pasientens samtykkekompetanse. Behandlende lege i spesialisthelsetjenesten kan ikke basere seg på vurderinger fra henvisende lege eller annet helsepersonell, det må gjøres egne vurderinger av samtykkekompetanse i forbindelse med den helsehjelpen som skal gis (se pbrl. § 4-3 tredje ledd).

5.3 Planlegging og utskrivning

En god utskrivningsprosess fordrer god kommunikasjon med pasienten, eventuelle pårørende og tjenester i kommunen som skal følge opp pasienten etter endt behandling i spesialisthelsetjenesten. Tilsynserfaringer tilsier at utskrivningsfasen er kritisk for den eldre pasienten, og samhandling mellom tjenestenivåer framstår som en hovedutfordring.

5.3.1 Utskrivning fra sykehus må planlegges og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er sentral

Utskrivningsfasen og spesialisthelsetjenestens kontakt med kommunale helse- og omsorgstjenester var noe alle vi snakket med trakk fram som et risikoområde, hvor svikt kan ha alvorlige konsekvenser for pasienten.

Den relativt korte liggetiden i sykehus kan føre til at eldre pasienter skrives ut for tidlig, som igjen kan føre til reinnleggelser kort tid etterpå. Statsforvalterne trakk fram utskrivelse av eldre pasienter i dårlig tilstand som et risikoområde. Dette kunne dreie seg om det generelle funksjonsnivået og tjenestebehovet, men også om mer spesifikke behov for oppfølging av sårstell, håndtering av medisinsk-teknisk utstyr som pasienten hadde med seg, fallrisiko og ernæringsbehov. De nevnte også oppfølging av infeksjoner og at kommunen må være oppmerksomme på fare for sepsis etter bruddskader. Flere av statsforvalterne stilte spørsmål ved hvordan sykehuset formidler behov for oppfølging når det dreier seg om en eldre pasient som ikke tidligere har mottatt tjenester fra kommunen og som det kommunale tjenesteapparatet ikke har kjennskap til fra før.

Generelt trekker de vi har snakket med frem at faren for svikt varierer med hvilket tilbud pasienten skal skrives ut til. Tilbudet er også avgjørende for hvordan utskrivningen planlegges og til hvilket tidspunkt. Flere statsforvaltere vurderte det slik at faren for svikt er størst der pasienten skrives ut til eget hjem. Sykehusene ser ut til å kunne etablere bedre kontakt med sykehjem når den eldre pasienten skal overføres dit, selv om det også kan oppstå svikt her. Hva som møter pasienten ved utskrivning kan variere mellom kommuner.

5.3.2 Bruk av flere legemidler krever god samhandling

Legemiddelbruk ble trukket fram som et risikoområde som kan bli forsterket av begrenset samhandling, både innad i spesialisthelsetjenesten, og mellom ulike tjenestenivåer. Pasienter som behandles for flere ulike diagnoser kan ende med en lang liste av legemidler dersom ingen tar ansvaret for en helhetlig gjennomgang. Hver enkelt spesialist forskriver ut fra sin ekspertise og sitt fagfelt, og ingen ivaretar helheten. Flere etterlyste behov for klinisk farmasøyt tilgjengelig på sykehuset.

Utfordringene med legemiddelbruk følger gjerne pasienten etter utskrivning. Bivirkninger kan oppstå etter endt innleggelse, og det kan være krevende for fastlegen å finne riktig person i spesialisthelsetjenesten som har en helhetlig oversikt, og som kan gi faglig veiledning i forbindelse med legemiddelbruken.

5.3.3 Pasientens legemiddelliste ved utskrivning – hvem har oversikt?

Vi har ikke et «sømløst» helsevesen slik det er i dag. Det er mange barrierer mellom nivåene. Sykehus, kommuner og fastleger har ulike journalsystem og løsninger som ikke snakker sammen, og som kan være en hindring, for eksempel ved oppfølging av legemiddellister. Flere samtidige sykdommer gjør at eldre ofte tar mange legemidler, og oversikt over legemidler hen tar er et vedvarende risikoområde, slik flere av statsforvalterne ser det og kjenner det fra tilsyns- og klagesaksbehandling.

En utfordring som ble nevnt, var at i forbindelse med utskrivning får ikke fastlegen, hjemmesykepleien og sykehjemmet informasjon om videre oppfølging av legemiddelbehandling, eller de får sen beskjed fordi epikrisen kommer en stund etter at pasienten er utskrevet. Dermed kan pasienten bli stående på legemidler lenger enn det strengt tatt er behov for, med de uheldige virkningene det kan ha. For andre pasienter kan det innebære brudd i behandling som er startet på sykehuset, eller brudd i behandling som var startet opp før sykehusinnleggelsen. Konsekvensene kan i alle tre tilfellene ha uheldige konsekvenser for pasientens sykdomsutvikling og situasjon etter utskrivning.

Statsforvalterne og de andre vi har snakket med nevner mangelfull legemiddelsamstemming

som et kjent og betydelig risikoområde. Dette dreier seg om hvem som har oversikt over og oppdaterer pasientens legemiddelliste. Det er bekymring for hvem som egentlig styrer legemiddellistene, og at det er uklart hvem som har ansvaret når listene blir endret etter en innleggelse. Dette kan føre til feil i legemiddellistene. En typisk hendelsesbasert sak knytter seg for eksempel til at pasienten ikke starter opp igjen på blodfortynnende medikamenter etter innleggelse, som ender med at pasienten får slag.

5.3.4 Utskrivningsklare eldre pasienter risikerer å bli liggende i sykehuset for lenge

Med utskrivningsklare pasienter mener vi her pasienter som sykehuset definerer som ferdig behandlet, og som kommunen skal ta over ansvaret for. Når kommunen ikke har kapasitet til å ta imot pasienten, blir hen liggende i sykehuset lenger enn nødvendig.

Statsforvalterne peker på faren for at utskrivningsklare pasienter ikke får startet opp oppfølging og rehabilitering slik de skulle ha gjort om de ble overført til kommunen. Et annet risikoområde er at disse pasientene ikke blir kartlagt og fulgt opp tilstrekkelig mens de ligger på sykehuset. Eksempelvis kan pasienten utvikle infeksjoner eller andre komplikasjoner, uten at dette fanges opp av helsepersonell på sykehuset.

Det var tre embeter som særlig trakk fram utskrivningsklare pasienter som problem i deres regioner, og omfanget av utskrivningsklare pasienter varierte ganske mye mellom sykehus. Som påpekt over, varierer det mellom kommuner hvordan de bruker sykehusene i denne forbindelse. Utbredelsen av problematikken var ikke på en slik måte at det stakk seg fram som et omfattende risikoområde med mye tilsynserfaringer, selv om konsekvensene av svikt er alvorlig.

Det ble også trukket frem at mangelfullt tilbud om rehabilitering til eldre er et risikoområde. Rehabilitering av eldre pasienter kan ha dårlig kvalitet, og pasienten kan få varig funksjonstap. Det brukes mye ressurser på behandling i sykehusene som ikke gir full uttelling på grunn av manglende tilbud om rehabilitering.

5.3.5 Transport hjem ved utskrivning av skrøpelige eldre

Enkelte embeter hadde hatt enkeltsaker knyttet til transport av eldre pasienter med død som utfall, og hvor sakene hadde fått mye oppmerksomhet i media. For andre embeter var dette ikke en kjent problemstilling. Flere problematiserte at det ofte var personell som ikke var helsepersonell involvert i transport av svært syke pasienter.

Foruten slike ekstraordinære saker, var det også eksempler på saker om svært u hensiktsmessige transport av eldre pasienter. Eksempelvis kunne det være lange avstander mellom sykehus og hjemmet, hvor relativt dårlige pasienter ble sendt hjem med dårlig egnet transport. Et eksempel som ble nevnt var hjemtransport med taxi i flere timer for eldre pasienter etter ryggoperasjon.

5.3.6 Kommunen må sørge for tilbud til utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunale tjenester etter endt behandling på sykehus

Utfordringene knyttet til utskrivningsklare pasienter til kommunen kommer til uttrykk i et tilsyn gjennomført av Statsforvalteren i Troms og Finnmark i 2022. Statsforvalteren undersøkte samhandlingen mellom Tromsø kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) om pasienter som er ferdigbehandlet ved sykehuset og meldes utskrivningsklare til

kommunen (utskrivningsklare pasienter med liggedøgn). Tilsynet omfattet undersøkelser av om virksomhetene følger avtalte retningslinjer, samt hvilke konsekvenser situasjonen med mange utskrivningsklare pasienter har fått for pasientbehandlingen. Gitt temaet gjelder tilsynet i hovedsak eldre pasienter.

Statsforvalteren konkluderte med at Tromsø kommune ikke har sørget for forsvarlig planlegging og dimensjonering av tjenestene til utskrivningsklare pasienter som har behov for kommunalt tilbud. Utskrivningsklare pasienter som blir liggende i sykehus får ikke sin rett til nødvendige helse- og omsorgstjenester dekket av kommunen. De vurderte at UNN i hovedsak ivaretar utskrivningsklare pasienter med liggedøgn, så langt det lar seg gjøre i sykehuset.

5.3.7 Tidligere tilsyn viser svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune

Samhandlingen mellom sykehus og kommune har vært tematisert gjennom tilsyn flere ganger. I 2015 gjennomførte tilsynsmyndighetene et landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Det ble gjennomført tilsyn med 19 helseforetak og 37 kommuner. Som ledd i tilsynet ble et utvalg pasienter og deres fastleger invitert til å delta ved å besvare et spørreskjema om sine erfaringer. Flertallet av pasientene som inngikk i dette tilsynet, var eldre og noen hadde omfattende hjelpebehov. Det ble konkludert med lovbrudd i 36 virksomheter.

Tilsynet viste alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Overføring av informasjon mellom sykehus og kommune var det området hvor fylkesmennene fant flest lovbrudd og forbedringsområder. Dette handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon. Når vesentlig pasientinformasjon mangler eller er ufullstendig, kan det få alvorlige konsekvenser for den pasientbehandlingen kommunen skal yte.

Informasjon om pasientens legemiddelbruk utpekte seg som et særlig sårbart område, slik som det også har blitt nevnt tidligere i dette kapitlet. For eksempel overførte helseforetakene bare unntaksvis legemiddelinformasjon elektronisk til hjemmetjenesten. Tilsynet avdekket videre at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skulle skje når de kom hjem. Tilbakemeldingene i spørreskjemaene fra pasientene viste at det å ha pårørende var en ressurs for pasientene.

5.3.8 Mangel på et helhetlig tilbud på tvers av tjenestenivåene skaper en «skrøpeligetskarusell»

Eldres allmenntilstand, kort liggetid i sykehus og tilbudet i kommunen medfører at eldre ofte sirkulerer mellom hjemmet, sykehjem og sykehus, noe som ble kalt en "skrøpeligetskarusell" i samtaler med fagpanelet. Det innebærer at mange eldre og skrøpelige fanges i en vedvarende «karusell» i siste fasen av livet. De blir sendt mellom hjem, sykehus og sykehjem en rekke ganger de siste årene de lever, og det er en fare for at de blir mer svekket for hver «runde». «Rundene» kan i seg selv være en påkjenning og bidra til ytterligere funksjonstap, svekket helse og livskvalitet. Skrøpeligetskarusellens paradoks er at hver runde i «karusellen» gir dårligere helse der hvor målet egentlig er å stabilisere eller bedre helsen.

5.4 Skrøpelige eldre i sykehusenes poliklinikk

I poliklinikken behandles pasienter uten å være innlagt. Ventetider, kommunikasjon og samhandling ble særlig trukket fram som utfordringer for den eldre pasienten.

Tre av statsforvalterne kom inn på håndtering av ventelister på poliklinikk som et risikoområde, for eksempel knyttet til oppfølging etter kirurgi.

En type hendelse som ble beskrevet var at en poliklinisk undersøkelse ble utsatt. Et viktig spørsmål er da hvem som vurderte om pasienten kunne utsette en poliklinisk time, og om denne avgjørelsen bygget på tilstrekkelig informasjon om pasientens tilstand. Noen av statsforvalterne erfarte at en type svikt kunne være at både helsepersonell og administrativt ansatte involvert i en slik beslutning, som ikke visste om hverandre.

Noen embeter problematiserte om eldre pasienter forstod betydningen av oppfølging, og hva en utsetting av time kunne innebære. Et embete trakk fram at de hadde fem saker hvor pasienten ikke hadde fått poliklinisk kontroll som planlagt, og nå hadde forverring i kreftsykdom.

I workshopen internt i Helsetilsynet ble det vist til at lange ventetider for utredning og behandling er et risikoområde. Det ble vist til et eksempel på et varsel til Helsetilsynet hvor en pasient hadde en tilstand som trengte operasjon. Veiledende ventetid var på 4 uker, men pasienten fikk satt opp operasjon etter 10 måneder. Det resulterte i at pasienten måtte opereres akutt. Det ble stilt spørsmål om eldre kan være spesielt utsatt for en slik type svikt, da de gjerne har mer sammensatte behov og vil tåle en ventetid dårlig.

Samhandling med kommunen ble trukket frem som en utfordring, også når det gjaldt poliklinikk og dagbehandling, ikke kun knyttet til innleggelse. Det ble videre påpekt at det er behov for en bedre rutine for informasjonsoverføring fra sykehus til sykehjem og kommune, særlig der hvor det er behov for rask oppfølging. Det er ikke alltid tydelig hvem som har ansvaret for å følge opp pasientene i kommunen. Det er vanskelig for sykehuset å få kontakt med relevant personell som skal følge opp pasienten videre i kommunen. Et konkret eksempel som ble nevnt er pasienter som følges av pleiepersonell fra sykehjemmet. I en slik situasjon kan viktig informasjon om oppfølging bli gitt til pleiepersonell som ikke oppfatter det eller forstår det som sin rolle å viderebringe informasjonen.

5.5 Digitale tjenester utenfor sykehus

Statsforvalterne var godt kjent med planene til de regionale helseforetakene knyttet til å utvide bruken av digitale tjenester, også til eldregruppen. Særlig poengterte embetene det de kalte «behovsprøvde poliklinikk-timer» – som for eksempel Helse Sør-Øst RHF kaller «brukerstyrt poliklinikk» i sine planverk. Statsforvalterne så med interesse på denne utviklingen, som de mente var nødvendig. Likevel var de bekymret på eldres vegne med tanke på både digital- og helsekompetanse, særlig i kombinasjon med kognitiv svikt. Altså hvordan eldre vil kunne ta i bruk slike verktøy, og om de ville forstå hva som står på spill om oppfølgingstimer blir utsatt. Her er det fare både for digitalt utenforskap og dårligere behandling.

Det er verdt å merke seg at ingen av statsforvalterne hadde konkrete tilsynssaker de kunne vise til på dette området. Ut fra tilbakemeldingene i disse intervjuene, har slike saker foreløpig ikke nådd det hendelsesbaserte tilsynet.

6 Helsetilsynets vurderinger

Innledningsvis i denne rapporten listet vi opp noen spørsmål vi har hatt med oss inn arbeidet: hva vet Statens helsetilsyn og statsforvalterne om eldre i møte med spesialisthelsetjenesten? Får de den behandlingen og oppfølgingen de har behov for? Hvilke tilsynserfaringer har vi som kan belyse om eldre får forsvarlige tjenester og om pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestetilbudet er ivaretatt for denne gruppen? Har vi nok kunnskap til å danne oss en mening om fare for svikt, konsekvenser av svikt og hvor vi bør rette tilsynsaktivitetene våre de neste årene?

I dette kapitlet vil vi svare ut spørsmålene så godt det er mulig og presentere noen konkrete risikoområder som vi har identifisert ved gjennomgang av vårt materiale.

6.1 *Hva vet Helsetilsynet og statsforvalterne om eldre i møte med spesialisthelsetjenesten?*

6.1.1 *Får de den behandlingen og oppfølgingen de har behov for i akuttmottaket?*

I akuttmottaket kan oppmerksomheten ofte bli avgrenset til innleggelsesdiagnosen, og tiltakene er rettet mot en rask avklaring og perspektivet kan bli for smalt. Pasienten kan imidlertid ha flere sykdomstilstander som til sammen utgjør symptombildet og dermed kompliserer situasjonen. Eldre kan ofte ha vage/atypiske symptomer og blir ofte innlagt akutt med uspesifikke diagnoser. Slike pasienter blir ofte lavt prioritert i akuttmottaket, og kan bli liggende lenge og vente. Dette er forhold som kan ha betydelig negative konsekvenser for eldre pasienter ved innleggelse på sykehus. Lang ventetid er i seg selv en belastning for de skrøpelige eldre. Det gir fare for forverring i den aktuelle situasjonen og øker også faren for akutt forvirring og delir, særlig hos pasienter som allerede har utviklet kognitiv svikt.

Mangelfull situasjonsforståelse hos de som tar imot pasienten, kan føre til feilvurderinger, og feil som skjer i begynnelsen kan gi følgefeil gjennom sykehusoppholdet, for eksempel kan de bli lagt på feil avdeling, de får feil behandling eller mangelfull behandling. Det kan også medføre at det blir igangsatt unødvendig og for mye utredning, som den skrøpelige pasienten ikke ønsker, og dermed føre til overbehandling.

Svikt i kommunikasjonen med skrøpelige eldre ved innleggelse er også et risikoområde, spesielt gjelder det de med kognitiv svikt, men også andre som de kan ha redusert evne til å gjøre rede for sin situasjon. Ikke alle har pårørende som kan bidra med informasjon i den akutte fasen.

Samlet sett ser vi at eldre i akuttmottaket av ulike grunner, knyttet til karakteristika ved denne pasientgruppen, kan være spesielt utsatt for svikt i utredning og behandling i starten av pasientforløpet ved en sykehusinnleggelse.

6.1.2 *Får de den behandlingen og oppfølgingen de har behov for på sengepost?*

Når det gjelder organisering av sykehusene, er avdelingene oftest spesialiserte. Pasienten kan havne i en «spesialiseringsblindgate» som følger den skrøpelige eldre videre under innleggelsen. Dette kan for eksempel gjelde hoftebruddpasienter. Bruddbehandlingen kan være utmerket, men pasienten får ikke en nødvendig tverrfaglig vurdering av alle sine helseutfordringer og behov. Det er verdt å merke seg at dette også var et hovedfunn i tilsyn som ble gjort i forrige eldresatsing. Det er en fare for at annen relevant sykdom ikke blir fanget opp eller tatt tak i, og grunnleggende behov som for eksempel mobilisering, munnstell

og ernæring ikke blir ivaretatt. Dette kan føre til at pasienten gradvis faller under innleggelsen, til tross for at hen får riktig behandling for innleggelsesdiagnosen.

Spesialisering innad på sykehuset og mangel på incentiver for samarbeid på tvers kan også føre til at legemiddelgjennomgang nedprioriteres. Dette innebærer en risiko for feil i legemiddelbehandlingen, for eksempel at den eldre får legemidler hen ikke trenger eller legemidler og legemiddelkombinasjoner som er u hensiktsmessige for eldre. Det kan også medføre at pasienten ikke får de legemidlene som er nødvendige for å behandle andre tilstander enn hoveddiagnosen.

Vi vurderer at den skrøpelige pasienten er spesielt utsatt ved utlokalisering til annen avdeling enn der vedkommende «hører til» medisinsk-faglig sett. Hvis vedkommende havner på en avdeling som ikke har kompetanse om eldre pasienter, øker sjansen for at endring av helsetilstand ikke fanges opp. Når utlokalisering er en normalsituasjon, slik helseforetakene har beskrevet i vårt landsomfattende tilsyn, krever det risikovurderinger fra ledelsen sin side. Det må iverksettes forebyggende tiltak for å sikre gode og trygge tjenester for pasienter som er plassert på «feil avdeling». Våre tilsyn har vist at det ofte svikter på dette området.

Vi vurderer videre at kort liggetid kan være en utfordring når det gjelder skrøpelige pasienter. Tidspress medfører at man ikke får tilstrekkelig observasjonstid og god nok tid til å utrede pasienten, og dermed får man heller ikke gjort en helhetlig vurdering. Skrøpelige eldre trenger ofte en kartlegging av ulike behov under innleggelsen. Det kan med fordel gjøres tverrfaglige, geriatriske vurderinger, der man inkluderer sykepleiere med spesialkompetanse, fysioterapeut, ergoterapeut og ernæringsfysiolog. Kort liggetid kan også føre til det ikke blir nok tid til å sikre god kommunikasjon, at relevant informasjon er mottatt og forstått, både av pasient og eventuelt pårørende, slik at pasientens rett til medvirkning blir ivaretatt. Det kan også bli knapt med tid til å få gjennomført en helhetlig legemiddelgjennomgang.

Når sykehusoppholdet er kort, blir det ikke tid til mobilisering og aktivitet, noe som kan bidra til at pasienten svekkes ytterligere under sykehusoppholdet. Tiden kan også bli for knapp til nødvendig dialog med pasient og pårørende om bekymringer og ønsker for veien videre.

Samlet sett er det den helhetlige og gjerne tverrfaglige vurderingen og behandlingen av pasienten under innleggelse på sengepost som svikter for eldre, skrøpelige pasienter – og for disse pasientene kan dette få betydelig mer alvorlige konsekvenser enn for andre pasientgrupper.

6.1.3 Får pasientene den oppfølgingen de trenger i overgangen mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester?

Et velkjent risikoområde er når pasienter er ferdigbehandlet og utskrivningsklare, men venter på et tilbud i kommunen. Gjennom flere tilsynserfaringer, blant annet utlokaliseringstilsynet, andre planlagte tilsyn og varsler, er dette temaet belyst. Disse pasientene kan bli liggende uten et adekvat tilbud på en sykehusavdeling, som gjerne ikke har geriatrisk kompetanse. Pasientene kan også gå glipp av nødvendig mobilisering og rehabilitering og kan fallere på grunn av det. Vår pasienthistorie illustrerer hvor galt det kan gå.

Utskrivning av skrøpelige pasienter til kommunen kan innebære utfordringer når det gjelder kommunikasjon og samhandling med sykehjem, hjemmetjenester og fastleger. Samhandlingstilsynet fant mange lovbrudd og forbedringsområder i overføringen av informasjon mellom sykehus og kommune.

Generelt kan det se ut til at det fungerer bedre når sykehuset skal formidle relevant informasjon om pasienter som skal til sykehjem, mens det er større fare for svikt når pasienten skal hjem, ofte i svekket forfatning. Det kan også være fare for svikt når pasienter ikke er kjent for hjemmetjenesten i kommunen fra før. Kommunikasjon fra kommunen inn til sykehus for spørsmål, rådgivning og hjelp er også en utfordring. Det er ingen direkte linje inn, og det oppleves for mange som krevende å få konferert med fagfolk på sykehusene ved behov.

Andre konkrete områder vi vurderer at det er spesielt fare for svikt, er i overføringen av informasjon om legemiddelbehandling ved utskrivelse. Dette er et velkjent problemområde. Mange av våre tilsynsfunn bekrefter dette, og de skrøpelige eldre vil være spesielt utsatt for uheldige hendelser ved feil og mangler. Det mangler fortsatt gode nok digitale systemer for oppdatering av legemiddellister. Denne utfordringen knytter seg imidlertid ikke bare til tekniske løsninger, men også til et behov for samhandling om helheten. Det kan være samhandling med hjemmetjenesten og/eller fastlege for å sikre riktig bruk av legemidler hos den eldre pasienten, eller svikt i samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og fastlege/sykehjemslege rundt den helhetlige gjennomgangen av legemiddelbehandlingen. Et annet område forbundet med fare for svikt er den praktiske gjennomføringen av transport av eldre pasienter ut av sykehus og hjem eller til andre tilbud ved utskrivelse. Eksempler fra tilsyn er skrøpelige pasienter som har blitt utskrevet og sendt hjem sent en fredag kveld, uten at pårørende eller hjemmetjeneste er involvert eller informert. Konsekvensene av dette kan i verste fall være fatale, hvis pasienten blir overlatt til seg selv uten mulighet til å komme inn i eget hjem.

Mangelfull samhandling fører til for dårlig informasjonsflyt mellom tjenestenivå, og viktig informasjon om behandling og oppfølging kan glippe. Resultatet kan bli gjentatte reinnleggelser.

Våre tilsynsfunn tilsier at bevisstheten og saksbehandlingen knyttet tvungen somatisk helsehjelp er høyere i kommunale helse- og omsorgstjenester, enn i spesialisthelsetjenesten. Det faktum at det er færre vedtak om bruk av tvungen somatisk helsehjelp som kommer fra spesialisthelsetjenesten, enn hva de ville ventet ut fra pasientpopulasjonen av eldre som får behandling der, gir grunn til bekymring for bruk av uhjemlet tvang hos skrøpelige eldre. Vurdering av samtykkekompetanse er særlig relevant hos denne pasientgruppen. Vi vet for lite om hvordan dette fungerer i praksis i spesialisthelsetjenesten.

Vi tror at en større bevissthet om hva den skrøpelige pasienten ønsker og ikke ønsker ved innleggelse i sykehus, og tilstrekkelig tid og rammebetingelser til å gjennomføre gode samtaler med pasient og pårørende, kan sikre rett til medvirkning og riktigere behandling. Slik kan man også unngå unødige og belastende utredninger og behandlinger i livets siste fase.

Overgangen mellom sykehus og kommune ved utskrivelse er et velkjent risikoområde og våre tilsynsfunn bekrefter at det er ulike forhold som kan svikte i denne overgangen. Informasjonsutvekslingen om legemiddelbruk peker seg ut som et utsatt område, men også mangelfull samhandling om andre forhold i oppfølgingen og behandlingen kan svikte.

6.1.4 Har spesialisthelsetjenesten god nok risikoforståelse og styringsstruktur til å sikre skrøpelige eldre forsvarlige og trygge tjenester?

God styring og ledelse er sentralt for å sikre struktur og systematikk i arbeidsprosessene og samhandlingen rundt den skrøpelige eldre pasienten. Funn fra planlagt tilsyn i spesialisthelsetjenesten de siste 10-15 årene tilsier at det mange steder er store utfordringer på dette området.

Vi har tidligere i rapporten pekt på at selve organiseringen og innretningen i spesialisthelsetjenesten gir fare for brudd på kontinuitet og helhet i utredning og behandling av den skrøpelige eldre pasienten. Dette ser ut til å være gjennomgående i hele pasientforløpet i sykehuset. Det stiller store krav til styring og ledelse, for å forebygge fragmentering og svikt i den helheten som kreves for at helsehjelpen skal være forsvarlig og god. Vi finner at det ofte kan være utydelig hvem som har ansvar for hva i tjenesteutøvelsen, og at ansvaret for å holde oversikt over helheten i tjenestebehovet til den enkelte ikke er plassert. Eldre som ikke har pårørende eller av andre grunner ikke er i stand til å uttrykke sine behov og ønsker, er ekstra risikoutsatte.

I det landsomfattende tilsynet med utlokalisering av pasienter var det et sentralt funn at helseforetakene hadde lite oppmerksomhet rettet mot risikoen det innebærer for pasienter å bli plassert på en avdeling som ikke har spesialistkompetanse på deres spesifikke helseproblem. Helseforetakene manglet en grunnleggende risikoforståelse og hadde ikke fungerende sikkerhetsbarrierer som kunne hindre svikt i pasientbehandlingen. Det er grunn til å være bekymret for at det samme kan gjelde skrøpelige eldre uansett hvor i pasientforløpet hen befinner seg. Det er nødvendig med en grunnleggende risikoforståelse av at skrøpelige eldre er ekstra utsatt for svikt i helsehjelpen. Skrøpelige eldre i avdelingen krever ekstra vaksomhet og kompetanse til å observere og fange opp endringer både i sykdomstilstanden og i den generelle allmenntilstanden som kan indikere forverring. Denne grunnleggende risikoforståelsen er et ledelsesansvar.

6.1.5 Framtidsutfordringer i spesialisthelsetjenesten – hvordan vil det gå med de skrøpelige eldre

Med et økende antall skrøpelige eldre med flere sykdommer må spesialisthelsetjenesten innrette tjenestene slik at denne gruppen får en helhetlige og god helsehjelp. Det er en viktig brikke for en verdig alderdom.

Det krever blant annet at leger, sykepleiere og annet helsepersonell i sykehus har den kompetansen som trengs for å ivareta den eldre pasientpopulasjonen, og ikke bare på geriatriske avdelinger, men på alle avdelinger som tar imot og behandler eldre pasienter. Personellmangel er allerede en utfordring (19). Nok personell med tilstrekkelig og riktig kompetanse er avgjørende for at både kommuner og sykehus skal kunne gi forsvarlige og helhetlige helse- og omsorgstjenester av god kvalitet.

Den digitale utviklingen er trukket fram som løsning på mangelen på kvalifisert personell, der teknologien åpner mulighetene for mer presis og effektiv diagnostisering og behandling i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten legger opp til at økt digitalisering av helsetjenester og at økt helsekompetanse hos pasienter og pårørende til dels skal kunne kompensere for «færre hender». Alle de regionale helseforetakene går allerede nå i retning av at mer aktivitet skal skje gjennom digitale flater og at mer aktivitet skal skje utenfor sykehus

(hjemmesykehus). For skrøpelige eldre kan både fysiske og kognitive utfordringer gjøre det vanskelig å bruke digitale verktøy. For eksempel kan problemer med konsentrasjon og hukommelse, med å løse problemer og ta beslutninger, smerter og skjelving påvirke hvor godt man kan bruke digitale verktøy. Tjenestenes satsing på digitalisering må derfor omfatte tiltak for digital inkludering. Det er viktig at tjenestene har en «føre var»-holdning og jobber med risikoforståelse og risikovurderinger ved innføring av nye teknologiske løsninger. Tiltak omfatter også å finne gode ikke-digitale alternativer. Det vil være avgjørende både med tanke på pasientsikkerhet og rettsikkerhet.

6.2 Hva er de viktigste risikoområdene i spesialisthelsetjenesten ved behandling og oppfølging av skrøpelige eldre - en samlet vurdering

Virkeligheten nå og framover er at befolkningen vil bestå av stadig flere eldre. Det betyr at det vil bli flere skrøpelige pasienter og flere med mange sykdommer, og altså flere med komplekse og sammensatte behov for medisinsk behandling og god omsorg. Dette vil kreve at spesialisthelsetjenesten innretter og prioriterer sine tjenester slik at behovene til disse blir ivaretatt, og at de får helhetlig og god helsehjelp.

Et av spørsmålene fra innledningen gjenstår det å svare på: har vi nok kunnskap til å danne oss en mening om fare for svikt, konsekvenser av svikt og hvor vi bør rette tilsynsaktivitetene våre de neste årene? Selv om det er en del begrensninger i kildematerialet vi har gjennomgått, mener vi allikevel at det tegner seg et tydelig nok bilde av risikoområder i spesialisthelsetjenestens behandling og oppfølging av skrøpelige eldre.

Denne gjennomgangen har vist oss at det er stor fare for svikt i behandling og oppfølging av skrøpelige eldre i sykehus. Det er også stor fare for svikt i overgangen mellom sykehus og kommunale helse- og omsorgstjenester når pasienten blir skrevet ut. Dette er et sviktområde som er vedvarende og har vært godt kjent, og erkjent, i mange år. Det er alvorlig fordi det dreier seg om en gruppe som er mer risikoutsatt enn andre for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten (41).

Noen risikoområder peker seg ut som spesielt viktige:

En fragmentert og høyspesialisert tjeneste

Den fragmenterte og høyspesialiserte spesialisthelsetjenesten er ikke hensiktsmessig organisert med tanke på skrøpelige eldre pasienters behov. Selve organiseringen medfører fare for at skrøpelige Eldres helhetlige behov ikke blir ivaretatt. Det kan innebære at sykdommer ikke blir oppdaget, eller at grunnleggende behov, som for eksempel mobilisering, munnstell og ernæring, ikke blir godt nok ivaretatt. Konsekvensen kan bli at pasienten gradvis faller under en innleggelse, til tross for at hen får riktig behandling for «hoveddiagnosen».

Grunnleggende geriatrik kompetanse

Det er behov for grunnleggende geriatrik kompetanse hos alle som jobber med pasienter i spesialisthelsetjenesten. Dersom sykehusene ikke har personell med geriatrik kompetanse eller sykepleiefaglig spesialkompetanse om de eldre pasientene og deres spesielle behov er det en fare for at de ikke får god og helhetlig helsehjelp.

Oppmerksomhet knyttet til karakteristika ved den eldre, skrøpelige pasienten

Skrøpelige eldre har ofte flere sykdommer som kan gi et sammensatt symptom-bilde. Eldre har oftere kognitiv svikt og kan i varierende grad gjøre rede for sin egen sykdom og situasjon. Dette krever oppmerksomhet, observasjonskompetanse og tid med pasienten.

Samhandling mellom tjenestenivå ved utskrivning av eldre pasienter

Ved utskrivning av eldre pasienter, enten til hjemmet eller ulike tilbud i kommunen, er det fare for svikt. Særlig viktig er det at sykehuset legger en plan ved utskrivning av pasienter og at denne blir overført til oppfølgende instans i kommunen. Spesialisthelsetjenesten, enten det er døgnavdeling, dagkirurgi eller poliklinikk, må kommunisere med oppfølgende instans i kommunen for å sikre at pasientene får forsvarlig behandling og oppfølging etter utskrivning. En konsekvens av dårlig organisert eller for tidlig utskrivning er at pasienten reinnlegges etter kort tid.

Legemiddelbehandling

Et sentralt risikoområde er legemiddelbehandlingen og spesielt hvordan det blir fulgt opp i overgangen mellom sykehus og kommune. Dette handler både om at noen må ta det faglige ansvaret for at en helhetlig legemiddelgjennomgang blir gjennomført, men også at noen må ha oversikt over faktisk legemiddelbruk, noe som inkluderer både at man sikrer at pasienten får de legemidlene hen skal ha og at de blir brukt riktig.

Digitalisering av helsetjenestene

Dersom planene for digitalisering av helsetjenestene blir gjennomført i tråd med det de regionale helseforetakene forespeiler i utviklingsplanene, åpner det for nye risikoområder. Det vil være ekstra viktig å følge med på hvordan spesialisthelsetjenesten legger til rette for å forebygge digitalt utenforskap.

7 Hva mangler vi kunnskap om?

7.1 Aktiviteten i spesialisthelsetjenestene for eldre er høy, tilsynsaktiviteten er lav

Gjennomgangen av tilsynserfaringer viser at det er behov for flere planlagte tilsynsaktiviteter som kan fange opp hvordan spesialisthelsetjenestene sikrer at eldre i sykehus får god og trygg helsehjelp. Aktiviteten i spesialisthelsetjenestene for eldre er høy, men tilsynsaktiviteten er tilsvarende lav. Vi vet at eldre pasienter med sitt sykdomspanorama i hovedsak mottar helsetjenester i den somatiske helsetjenesten.

Retten til å klage eller til å anmode om tilsyn er en viktig rettsikkerhetsgaranti, og statsforvalterne bruker mye ressurser på disse sakene. Dataene våre viser imidlertid at sammenlignet med andre aldersgrupper kommer det færre klager som gjelder eldre i spesialisthelsetjenesten, og klager får relativt sjelden medhold i klagen. Dette kan bety at vi får lite informasjon fra disse sakene om risikoområder i spesialisthelsetjenesten. Det forsterker behovet for å gjennomføre planlagte tilsynsaktiviteter. De bekymringene denne rapporten beskriver er et godt utgangspunkt for planlegging av videre tilsynsaktivitet.

En planlagt tilsynsaktivitet må oppleves som nyttig for tjenestene. Et tilsyn som ikke tjenestene selv opplever som relevant, eller knyttet til en problemstilling de ikke kjenner seg igjen i, vil sannsynligvis ha liten effekt. I tillegg bør ikke tilsynsystema være så avgrenset at det bommer på helheten i utfordringene som tjenestene står i. Det hjelper for eksempel ikke å forbedre rutiner for å behandle hoftebrudd hvis strukturen i tjenesten ellers ikke fungerer.

Hvis en tilsynsinnsats med tjenester til denne pasientgruppen kan bidra til forbedring, kan det ha stor betydning både for pasientene og for tjenestene. Hvis tilsyn kan bidra til å forebygge at eldre sirkulerer mellom hjemmet, sykehjem og sykehus i «karusell», kan gevinsten på sikt være bedre ressursutnyttelse og ikke minst bedre livskvalitet for de eldre selv.

7.2 Blinde flekker – hvor mangler vi tilsynserfaringer?

I denne rapporten beskriver vi noen utfordringer som vi har fått oversikt over basert på våre tilsynserfaringer. Underveis i arbeidet har det imidlertid kommet opp noen andre temaer og forhold som det er knyttet bekymring til, men som vi har lite eller ingen tilsynserfaringer om. Nedenfor nevner vi kort temaene uten å gå dypere inne i aktuell litteratur fra andre kilder. Lista er ikke uttømmende.

Digitale tjenester. Statsforvalterne har foreløpig ingen konkrete tilsyns- og klagesaker der ny teknologi og digitale tjenester er tema. Det er allikevel viktig at vi som tilsynsmyndighet følger utviklingen nøye framover: kan en økning i tjenesteyting via digitale flater medføre risiko for at skrøpelige eldres behov for helsetjenester ikke blir dekket?

Alderspsykiatri. I arbeidet med denne rapporten har vi sett på somatiske tjenester til eldre. Våre data fra både varselordningen og fra rettighetsklager viser at de sakene som angår pasienter over 65 år oftere gjelder somatiske tjenester. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at dette kan ha sammenheng med en underrapportering eller et lavt fokus på psykiatri hos de eldre.

Kulturell sensitivitet og språk. Språk, kommunikasjon og kulturell sensitivitet blir stadig mer aktuelt med tanke på ivaretagelse av rettssikkerhet, tillit og pasientsikkerhet for eldre. Enkelte statsforvaltere nevnte at misforståelser og feil kan oppstå når helsepersonellet ikke har norsk som førstespråk og ikke snakker godt norsk. På den andre siden må helsepersonell med norsk som morsmål være ekstra oppmerksomme i møte med eldre pasienter som har et annet førstespråk og kommer fra en annen kultur. Dette blir forsterket når pasienten har en kognitiv svikt og ofte hører og ser dårlig.

Rehabilitering. Eldre pasienter har behov for spesiell rehabilitering, og kunne fått større effekt av behandlingen i spesialisthelsetjenestene hvis de også fikk god rehabilitering. Mangelfullt tilbud om rehabilitering til eldre etter skader, operasjoner og alvorlig sykdom er helt klart et risikoområde.

7.3 Vurderinger knyttet til kildematerialet

Våre tilsynserfaringer sier lite om det store volumet av tjenester som gis. Gjennomgangen av data fra våre interne kilder viser at disse har begrenset verdi når det gjelder å beskrive generaliserbar risiko i helse- og omsorgstjenestene.

Begrensningene i materialet knytter seg både til hvilke saker og problemstillinger som når Helsetilsynet (utvalget av data) og til hvilken informasjon som samles inn. En tredje utfordring knytter seg til Helsetilsynets og statsforvalternes registreringssystemer, samt tekniske og juridiske begrensninger i hva slags informasjon som kan hentes ut og sammenstilles på en effektiv måte.

Kvantitative data som er hentet fra tilsynets egne saksbehandlings- og registreringssystemer er i all hovedsak innhentet med tanke på å følge opp saksgang og rapportere på volumkrav, og er ikke samlet inn for analyseformål. Dette begrenser muligheten til å trekke ut analyser knyttet til andre ting enn volum over tid, slik som bestemte pasientgrupper eller hendelser. Kvalitative data er hentet fra rapporter fra planlagte tilsyn og alvorlige hendelser. Disse rapportene er skrevet med tanke på å beskrive risiko i forbindelse med gitte hendelser eller situasjoner, og inneholder begrenset med informasjon som gjør at de egner seg dårlig til å generalisere.

I Helsetilsynets strategiske plan for 2020 til 2025 oppstilles fem mål for perioden, der samtlige mål avhenger av tilsynets evne til å produsere kunnskap basert på egne erfaringer og kommunisere denne kunnskapen effektivt. Derfor er erfaringene vi har gjort i dette grunnarbeidet viktige for å belyse om Helsetilsynet er i stand til å nå sine strategiske mål med dagens datasystemer og registreringer. Særlig gjelder det strategimål 3 «Kunnskap fra tilsyn og klagesaker brukes av dem som trenger den» og 5 «Vårt arbeid skal være i forkant av fremtidens tilsynsfaglige behov».

Helsetilsynets digitaliseringsstrategi peker på at organisasjonens arbeid er preget av eldre IKT-løsninger som hindrer effektiv oppnåelse av strategiske mål og svekker etatens evne til å digitalisere arbeidsprosessene. Vi har behov for data som er innsamlet til analyseformål for å kunne løse våre oppgaver godt og effektivt. Våre funn fra denne gjennomgangen komplementerer analysen som ligger til grunn for digitaliseringsstrategien.

8 Referanser

1. Vanlige sykdomsbilder hos eldre. Nasjonalt senter for aldring og helse.
2. Helse hos eldre i Norge. Folkehelse rapporten. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.
3. Dejgaard MS, Rostoft S. Systematic assessment of frailty. Tidsskr Nor Lægeforen. 2021;141(4).
4. Nasjonale befolkningsframskrivninger. Oslo: SSB, 2022.
5. Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
6. Eldre stormottakere av somatisk spesialisthelsetjeneste. Analysenotat 05/2018. SAMDATA spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2018.
7. Eldrehelseatlas for Norge. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).
8. Helseatlas. Likeverdige helsetjenester – uansett hvor du bor? Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).
9. Pettersen VL. Likeverdige spesialisthelsetjenester for eldre? Presentasjon av Eldrehelseatlas for Norge, 2013–15. Utposten 2018;(3).
10. Bruk av tjenester i kommunene og somatiske sykehus blant skrøpelige eldre. Oslo: Helsedirektoratet, 2023.
11. Meld. St. 7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.
12. Grimsmo A. Samarbeid om skrøpelige eldre i helseforetak 2022. Oppsummerende refleksjonsnotat. Oslo: KS, 2022.
13. Prestmo A et al. Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. Lancet 2015;385(9978):1623-33.
14. Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI). Oslo: Helsedirektoratet.
15. Meld. St. 24 (2022–2023). Fellesskap og meistring — Bu trygt heime.
16. Nasjonal pårørendeundersøkelse 2021/2022. Oslo: Helsedirektoratet, 2022.
17. Danielsen KK, Nilsen ER, Fredwall TE. Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom – En oppsummering av kunnskap. Oslo: Senter for omsorgsforskning; 2017.
18. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2019.
19. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.
20. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
21. NAVs bedriftsundersøkelse 2023: Redusert mangel på arbeidskraft. NAV-rapport nr. 5-2023. Oslo: NAV, 2023.
22. Reppen NK. Navs bedriftsundersøkelse: Fortsatt stor mangel på helsepersonell i Norge. Artikkel i Sykepleien 9. mai 2023.
23. Meld. St. 38 (2020–2021). Nytt, ressurs og alvorlighet – Prioritering i helse- og omsorgstjenesten.
24. LOV-2022-12-16-92. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven).
25. LOV-2001-06-15-93. Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
26. Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Oslo: Helsedirektoratet, 2022.
27. Meld. St. 9 (2023–2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027: Kortere ventetider og en felles helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2024.
28. FOR-2020-02-04-119. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

29. LOV-2022-12-20-121. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
30. Helse Sør-Øst Regional utviklingsplan 2040.
31. Helse Vest Regional utviklingsplan 2035.
32. Helse Nord Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038 del 1.
33. Helse Midt-Norge Regional utviklingsplan 2023-2026.
34. Samvalg. Folkehelseinstituttet. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2023.
35. LOV-2023-06-16-56. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).
36. “Ikke bare ett helseproblem.....”. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011–2012 med spesialisthelsetjenesten: behandling av skrøpelige eldre pasienter med hoftebrudd. Rapport fra Helsetilsynet 3/2013. Oslo: Helsetilsynet, 2013.
37. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med spesialisthelsetjenesten: behandling av eldre pasienter med hjerneslag. Rapport fra Helsetilsynet 3/2012. Oslo: Helsetilsynet, 2012.
38. Identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre – oppsummeringsrapport. Internserien 15/2010. Oslo: Helsetilsynet, 2010.
39. Sepsis – ingen tid å miste. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis. Rapport fra Helsetilsynet 1/2018. Oslo: Helsetilsynet, 2018.
40. Pasienter på «feil avdeling» - helseforetakene kan redusere risiko og bedre pasientsikkerheten. Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2019/2020 med somatiske spesialisthelsetjenester til utlokaliserte pasienter. Rapport fra Helsetilsynet 1/2022. Oslo: Helsetilsynet, 2022.
41. NOU 2015: 11. Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene.

9 Liste over figurer

Figur 1 Tilsynssaker, oversikt over prosess og variabler	23
Figur 2 Rettighetsklager - oversikt over prosess og variabler.....	24
Figur 3 Omfanget av Helsetilsynets saker sett i forhold til hele befolkningen og andelen av denne som mottar helsetjenester.	28
Figur 4 Mottatte varsler fordelt på 5-års aldersgrupper andel pr 100.000 innen hver aldersgruppe (spesialisthelsetjenesten 2020-23, n=2519).....	30
Figur 5 Mottatte varsler fordelt på «type hendelse», % av antall varsler innen hver aldersgruppe (spesialisthelsetjenesten 2020-23, > 65 år n= 800, < 65 år n= 1719).....	32
Figur 6 Mottatte varsler fordelt på «type hendelse» (gruppert), % av antall varsler innen hver aldersgruppe (spesialisthelsetjenesten 2020-23, > 65 år n=800, < 65 år n=1719).....	33
Figur 7 Mottatte varsler fordelt på «nærmeste helsefaglige område», % av antall registreringer (spesialisthelsetjenesten 2020-23, pas > 65 år, antall varsler = 802, antall registreringer = 965)	33
Figur 8 Realitetsbehandlede rettighetsklager rettet mot helseforetak 2017-22, etter år og aldersgruppe.	35
Figur 9 Realitetsbehandlede rettighetsklager rettet mot kommune/bydel i perioden 2017-22, etter år og aldersgruppe.	36
Figur 10 Realitetsbehandlede rettighetsklager rettet mot helseforetak 2017-22, etter alder og tjenesteområde.....	36
Figur 11 Tilsynssaker 2017-22, etter pasientens aldersgruppe.	37
Figur 12 Andel saker de eldre aldersgruppene utgjør på ulike tjenestenivå.	39
Figur 13 Tilsynssaker innen helse og omsorgstjenestene 2017-22, etter år og behandlingsmåte.	40

10 Liste over deltakere i fagpanel

Geir Sverre Braut, lege, spesialist i samfunnsmedisin og professor.

Siw Blix, sykepleier, samhandlingssjef Finmarksykehuset.

Monika Dalbakk, sykepleier, leder for pasientsentrert helsetjeneste, UNN.

Paal Naalsund, geriater og seksjonsoverlege geriatrisk avdeling Haraldsplass sykehus. Leder av Norsk forening for geriatri.

Jan Petter Odden, lege og fagdirektør Lovisenberg diakonale sykehus, tidl. fylkeslege i Oslo/Viken.

Anette Hylén Ranhoff, professor i geriatri, diakonhjemmet sykehus.

Anette Melsnes Skogvold, sykepleier og prosjektleder for prosjektet «Integrerte helsetjenester til sårbare pasienter over 65 år med flere kroniske sykdommer». Dette er et samarbeidsprosjekt mellom Ahus og kommunene: Follo, Lillestrøm, Ullensaker og Lørenskog.

Liv Marit Sundstøl, sykepleier og klinikkdirektør akuttmedisinsk klinikk sykehuset Østfold. Hun har tidligere vært prosessdirektør med ansvar for pasientflyt.