



Innst. 195 S

(2014–2015)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 11 (2014–2015)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2013

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen har lagt frem den første årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Hensikten er å legge til rette for en bred og åpen diskusjon om status og utfordringer i norsk helsetjeneste, og gi Stortinget anledning til en årlig bred debatt om status for kvalitet og pasientsikkerhet – slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger fra Pasient- og brukerombudene, fra Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, gjennom Kunnskapssenterets meldeordning, sluttrapporten fra den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenligninger. Målet med meldingen er ikke å presentere ny politikk.

For regjeringen har det vært viktig å rette inn kvalitetsarbeidet på følgende tre områder: Å etablere en mer balansert og kvalitetsorientert ledelse, etablere systemer som skal bidra til bedre kvalitet, og å etablere en sikkerhetsfokuseret og lærende kultur i hele tjenesten. Alle disse tre grepene skal understøtte arbeidet med å skape en mer pasient- og brukerrettet helsetjeneste.

Mye er bra i norsk helsetjeneste, men kvaliteten varierer for mye, og for mange blir skadet eller dør for tidlig som følge av svikt og uønskede hendelser. Det er et mål å fremskaffe bedre kunnskap om tjenestene, og informasjon om dette må gjøres bedre tilgjengelig. Åpenhet er en forutsetning for godt kvalitetsarbeid.

Norsk helsetjeneste oppnår gode resultater på mange viktige områder. Samtidig kan vi bli bedre. Det er forholdene der det er forbedringspotensial som gjør krav på mest oppmerksomhet. Det følger også av kildematerialet i meldingen, for eksempel fra Pasient- og brukerombudene og Statens helsetilsyn. Dette materialet kan isolert sett gi et for negativt bilde av helse- og omsorgstjenesten, som de fleste tross alt er fornøyd med og som skårer godt på en rekke viktige indikatorer. Samtidig, selv om bildet som gis i meldingen ikke vil være representativt, viser det hvilke områder det er naturlig å rette oppmerksomheten mot når målet er å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten. Kildene gir således et godt bilde på hvor risikoen i systemet ligger og tydeliggjør hvor det er behov for å sette inn tiltak.

Undersøkelser viser at det er for mye variasjon i helsetjenesten. Det er et mål å sørge for likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen. Å kartlegge og iverksette tiltak for å begrense uberettiget variasjon vil være et viktig arbeid for å nærme seg denne målsettingen.

En viktig forutsetning for å sikre kvalitet i praksis og for å kunne gjennomføre godt utviklingsarbeid er tilgang på nødvendige pasientopplysninger, registerdata og klinisk informasjon. Dagens systemer legger ikke godt nok til rette for dette. Det påvirker både evnen til å styre ut fra kvalitet på ledernivå, og personellens mulighet til å gi best mulig behandling til pasientene de møter.

Å få et godt kunnskapsgrunnlag med gode, pålitelige, relevante og oppdaterte data er viktig for kvalitetsarbeidet. Derfor er identifisering av kunnskaps hull og mangler, med sikte på å tette disse, et viktig arbeid. Det samme er å finne hvilke hindre som eksisterer for at kunnskap effektivt kan tas i bruk i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet – både i klinisk

hverdag og i styring, ledelse og utvikling av helsetjenesten.

Helse- og omsorgstjenesten er en kunnskapsintensiv sektor. Prosedyrer, behandlinger og metoder er i stadig utvikling, og kunnskap om hva som er beste praksis er ingen gitt størrelse. Det er et mål å sørge for systemer som gjør at oppdatert kunnskap tas i bruk, faglige veiledere og retningslinjer følges og at det gis kunnskapsbasert beslutningsstøtte til helsepersonell. Dette er et ansvar som krever både styring og ledelse, og en kultur som evner å endre praksis i tråd med oppdatert kunnskap. Dersom dette ikke gjøres godt nok, bidrar det både til uberettiget variasjon og til at pasienter kan motta annen behandling enn den som er faglig anbefalt.

Det er ikke slik at gapet mellom medisinske resultater og pasientopplevd kvalitet representerer henholdsvis objektiv sannhet og subjektiv oppfatning om status i helse- og omsorgstjenesten. Pasientopplevelser er i seg selv et mål på kvalitet, både fordi gode opplevelser bygger tillit til tjenestene og behandlingen man mottar, og fordi mange av de utfordringene pasienter og pårørende påpeker, er forhold vi vet kan ha innvirkning på behandlingsutfall. Det er et mål at man i større grad skaffer til veie data og informasjon om pasient- og brukeropplevd kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, slik at dette kan være med i grunnlaget for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet på alle nivåer. Kvalitetsforbedring er et kontinuerlig arbeid.

1.2 Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

OECDs rapport Health at a Glance fra november 2013 viser at Norge gjør det bedre enn OECD-gjennomsnittet på flere områder, herunder når det gjelder overlevelse etter akutt hjerteinfarkt og hjerneslag, samt kreftformene livmorhalskreft, brystkreft og kolorektalkreft. Norge er i den midtre tredelen på indikatorer knyttet til pasientsikkerhet.

The Commonwealth Fund – en amerikansk stiftelse som har som formål å fremme helsetjenestesystemer med bedre tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet – gjennomfører årlig helsesystemundersøkelser i en rekke land, og Norge deltok i 2013 for femte gang. Resultatet fra 2013-undersøkelsen viste at Norge skårer bedre enn gjennomsnittet av de andre landene på følgende områder:

- kostnader som grunn til ikke å benytte seg av helsetjenesten og problemer med betaling for helsehjelp
- hvor lett det er å få helsehjelp på kveldstid
- tilgang til prøveresultater/pasientjournal ved legetime
- medisinske prøver bestilt unødige

- trygghet på håndtering av egne helseproblemer

Norge skårer dårligere enn gjennomsnittet av de andre landene på følgende områder:

- ventetid før man får legetime hos spesialist, før ikke-akutt/planlagt operasjon og på akuttmottak
- fastlegers brukerorientering
- hjelp til å koordinere behandling
- opplevd kvalitet på mottatt legehjelp
- informasjon og organisering ved utskrivelse fra sykehus, samt informasjon angående reseptbelagte medisiner
- feilmedisinering eller feilbehandling samt åpenhet rundt dette

1.3 Pasient- og brukerombudene

Felles årsmelding fra pasient- og brukerombudene utarbeides hvert år. I 2013 mottok landets pasient- og brukerombud 14 433 saker. Dette er en nedgang fra 2012, og skyldes ifølge ombudene nye registreringsmetoder. Av sakene i 2013 omhandlet 10 287 spesialisthelsetjenesten og 4 146 den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Den hyppigste årsak til henvendelser til pasient- og brukerombudene i 2013 var pasientskade og komplikasjon. Dernest kom saker om informasjon, medvirkning og samtykke. Ventetid, forsinkelse i behandling eller tjenesteyting og diagnoseproblematikk utgjorde de neste plassene. På bakgrunn av sakene som ombudene har hatt til behandling i 2013, trekkes følgende tema frem som særskilt viktige:

- Innenfor psykisk helsevern og behandling av rusavhengige er utskrivning og samarbeid mellom sykehus og kommune hyppigste årsak til henvendelse, fulgt av henvendelser om medisinering. Pasientene har ofte verken kjennskap til eller har fått tilbud om individuell plan.
 - Pasienter og brukere mottar ikke tilstrekkelig informasjon, og får derfor ikke medvirke i tråd med loven. Språkvansker oppstår både ved at helsepersonell har fremmedspråklig bakgrunn, eller ved at pasient/bruker har mangelfulle ferdigheter i norsk.
 - Rettighetsbrudd og manglende kontinuitet i behandlingen er gjennomgående tema i henvendelser om spesialisthelsetjenesten. Etter ombudenes oppfatning er det mangler ved koordinering, kommunikasjon og dokumentasjon.
 - Ombudene reiser spørsmål ved om helse- og omsorgstjenesten i kommunene er tilstrekkelig dimensjonert for å kunne møte utfordringene i eldreomsorgen.
- Ombudenes anbefalinger:

- Helse- og omsorgstjenestene til pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet må styrkes.
- Pasienter må rutinemessig tilbys kopi av henvisning, epikrise og prøvesvar.
- Tolk må alltid benyttes ved behov.
- Koordinator må utpekes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

1.4 Statens helsetilsyn og fylkesmennene

Til sammen ble det gjennomført 326 planlagte tilsyn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, inkludert det landsomfattende tilsynet med helsestasjonstjenesten. Fylkesmennene fant lovbrudd i 189 av tilsynene.

I 2013 gjennomførte fylkesmennene 28 systemrevisjoner med spesialisthelsetjenester. Av disse var 20 del av det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge. Det ble påvist brudd på krav i lov og forskrifter i 18 av de 20 systemrevisjonene.

I 2013 gjennomførte fylkesmennene et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten til barn mellom 0–6 år. 78 helsestasjoner i kommuner og bydeler ble undersøkt, inkludert Universitetssykehuset Nord-Norge HF/Longyearbyen sykehus. Ved kontroll av internkontrollsystemene ble det påvist 56 lovbrudd fra dette landsomfattende tilsynet.

Fylkesmennene behandlet 2 905 nye tilsynssaker i 2013; en økning på fem prosent fra 2012. Klagenes fordeler seg ujevnt over landet. Forsvarlig virksomhet er det temaet som oftest blir vurdert. Det dreier seg i all hovedsak om at virksomheten ikke sikrer at pasientene får god utredning, behandling og oppfølging. Deretter følger vurderinger knyttet til plikten til å føre pasientjournal.

Fylkesmennene oversender de alvorligste tilsynssakene til Statens helsetilsyn for vurdering av om det skal gis administrativ reaksjon. I 2013 behandlet Statens helsetilsyn 363 saker, mot 309 i 2012. Videre avdekket tilsynet følgende:

- Statens helsetilsyn mottok 399 varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, fordelt på 43 prosent fra psykisk helsevern og 57 prosent fra somatiske helsetjenester. Antall varsler har vært jevnt stigende siden ordningen ble innført.
- Kommunikasjonsproblemer innen akutfagene, svikt i forbindelse med tekniske prosedyrer og forsinket behandling. Det tar for lang tid fra det ringer på 113 til AMK-operatør tar telefonen. 3–4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmenmedisinsk virksomhet.
- Antibiotikabehandling har startet for sent på pasienter med alvorlige infeksjoner.

- Svikt i fødselsomsorgen. Manglende samhandling mellom jordmor og lege, mistanke om svikt i tolkning eller i bruk av fosterovervåking, forsinket forløsning eller for sen oppstart av behandling.
- Ved mistanke om uforsvarlig forskrivning av vanedannende legemidler viser det seg ofte at legen ikke har tilstrekkelig oversikt over den mengden som forskrives til hver enkelt pasient.
- I alt ble det fattet 3 126 vedtak i 2 983 klagesaker om manglende oppfyllelse av rettigheter i helse- og omsorgstjenesten. I 24 prosent av vedtakene ble det gitt medhold til klageren. Manglende refusjon av reiseutgifter er den mest vanlige klagegrunnen, rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten er nest vanligste vurderings-tema i rettighetssakene. I kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder mange av rettighetsklagene avslag på sykehjemsplass.
- Statens helsetilsyn ga 259 reaksjoner i 2013; 31 rettet mot virksomheter og 228 mot helsepersonell. Det ble avsluttet 141 saker uten å gi reaksjon. Det var 93 helsepersonell som mistet til sammen 98 autorisasjoner i 2012.

Betydningen av god ledelse er en gjenganger i det samlede tilsynsmaterialet, og Statens helsetilsyn understreker betydningen av at helseforetakene selv gjennomgår hendelser, for å bidra til læring og endring.

1.5 Norsk pasientskadeerstatning

Årsmeldingen fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) viser at antall saker meldt til NPE hadde en liten nedgang, fra 5 124 i 2012 til 5 026 i 2013. 3 322 av sakene var fra helseforetakene, 764 var fra primærhelsetjenesten, 479 av sakene knyttet seg til privat helsetjeneste, mens 460 saker er kategorisert som annet. I 2013 fikk 29 prosent medhold i sitt krav om erstatning.

NPE har delt de mottatte sakene inn i 30 medisinske områder. Områdene der det ble behandlet flest saker i 2013 var ortopedi, svulster og kreftsykdommer, odontologi, psykiatri/psykologi og gastroenterologisk kirurgi.

NPE utbetalte erstatninger på i alt 946 mill. kroner i 2013. Dette er en økning på 240 mill. kroner fra 2012. NPE forklarer at økningen i hovedsak handler om at NPE har behandlet flere saker enn året før. Saksbehandlingstiden i NPE er redusert, og 300 flere pasienter fikk erstatningsoppgjør i 2013 sammenliknet med i 2012. Det er fagområdene ortopedi og svulster og kreftsykdommer som har høyest erstatningsutbetaling.

NPE er opptatt av å tilbakeføre kunnskap om sakene til helsetjenesten. NPE har lagt inn anonymi-

serte opplysninger i en database som ved utgangen av 2013 inneholder opplysninger om rundt 17 000 saker der NPE har konkludert med at det har skjedd en pasientskade som gir grunnlag for erstatning. NPE lanserte i 2013 en statistikkportal til bruk for helseforetakene.

1.6 Kunnskapssenterets meldeordning

Helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten har etter spesialisthelsetjenesteloven plikt til å melde fra om betydelig personskade. Det skal også meldes fra om hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten overtok ansvaret for ordningen fra Statens helsetilsyn 1. juli 2012. Hensikten med å flytte meldeordningen var å skape et system for læring og forbedring som ikke er koplet til sanksjonsmyndighet. Det var tidligere en kjent underrapportering til Statens helsetilsyn og et ønske om økning i antall meldte hendelser.

I tillegg publiseres hastenotater og læringsnotater som distribueres vidt for at man skal kunne lære på tvers av virksomheter. Ved mistanke om alvorlig systemsvikt som utgjør stor fare for at pasienter vil bli påført betydelig skade i fremtiden, skal meldeordningen varsle Statens helsetilsyn. Meldinger til meldeordningen kan ikke brukes i tilsyns- eller straffesak mot helsepersonell.

Årsrapporten for 2013 er meldeordningens første årsrapport. Meldeordningen mottok 9 540 meldinger i 2013, i gjennomsnitt 795 per måned. Dette er om lag fem ganger så mange som Statens helsetilsyn mottok. Årsmeldingen understreker at antall meldinger sier noe om institusjonens evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke nødvendigvis forekomst av uønskede hendelser, da antall meldte hendelser blant annet kan påvirkes av meldekulturen i virksomheten.

Meldeordningen klassifiserte 7 379 av meldingene som kom inn i 2013 i henhold til alvorlighetsgrad og hendelsestype. I 15 prosent av meldingene var hendelsene assosiert med betydelig personskade eller død, mens 33 prosent av hendelsene ikke førte til skade på pasient.

Meldeordningen vil prioritere å styrke den faglige tilbakemeldingen basert på analyser av de innkomne meldingene og regelmessig publisere læringsnotater. I tillegg vektlegges tilbakemelding på enkelthendelser. Et område de vil følge nøye med på fremover, er klokkeslett for hendelsen. En stor andel av hendelsene i 2013 ble rapportert å ha skjedd mellom kl. 21 og 23. Klokkeslettet var imidlertid bare opplyst i 30 prosent av meldingene, så tallene for 2013 må vurderes med forsiktighet.

1.7 Nasjonal pasientsikkerhetskampanje «I trygge hender»

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble initiert og gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i perioden 2011–2013. Kampanjen ble i 2014 videreført i nasjonalt program for pasientsikkerhet (2014–2018). Målsettingen var å redusere pasientskader, bygge varige strukturer for pasientsikkerhet og forbedre pasientsikkerhetskulturen i helse- og omsorgstjenesten. Dette skulle oppnås ved hjelp av målrettede tiltak på prioriterte områder. Noen resultater fra de 11 innsatsområdene er:

- Så godt som alle kirurgiske enheter har implementert sjekklisten for trygg kirurgi.
- I Helse Bergen og Helse Førde ga bruk av sjekklisten under operasjon en nedgang på 42 prosent i snitt for alle typer komplikasjoner.
- Tiltak for riktig legemiddelbruk i sykehjem er det tiltaket som har hatt størst spredning i kommunene. Tiltaket har ført til at en langt større andel av brukerne ved de deltakende sykehjemmene har fått jevnlig legemiddelgjennomgang og økt andel legemidler med indikasjon oppført bak forskrivning.
- Kampanjen hadde flere tiltak for å forebygge infeksjoner. I 2013 viste målingene i regi av Folkehelseinstituttet laveste forekomst av infeksjoner målt noen gang siden målingene startet i 2004.

1.8 Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem

Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet gjennom gyldig og pålitelig informasjon om det norske helse-systemets kvalitet og prestasjoner, både når det gjelder status og langsiktige trender. Fra januar 2012 fikk Helsedirektoratet lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når pasientrapporterte effektmål og resultat av pasient- og brukererfaringsundersøkelser er innlemmet som nasjonal kvalitetsindikator, gir det et mer fullstendig bilde av kvaliteten i tjenestene. Meldingen oppsummeres resultater ved de nasjonale kvalitetsindikatorene, herunder resultater fra gjennomførte brukererfaringsundersøkelser.

Helsedirektoratet utarbeidet i 2010 et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten, som beskriver målgruppene og formålet til de ulike målgruppene, styringsmodell, krav til indikatorer og metode for å utvikle, publisere og revidere nasjonale kvalitetsindikatorer.

Målgrupper for nasjonale kvalitetsindikatorer er bl.a. helsepersonell, ledere i helsetjenesten, pasienter og pårørende, helseforvaltningen og forskere.

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer økte fra 14 indikatorer i 2010 til 54 indikatorer i 2013. Indikatorne publiseres fra 2013 på nettsiden helsenor.no. Nasjonale kvalitetsindikatorer er etablert innen somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og rus og pleie og omsorg. Fra 2013 er også generiske indikatorer for alle fagområder innen spesialisthelsetjenesten (pasientrettigheter, ventetid og fristbrudd) og indikatorer innen pleie og omsorg inkludert.

I 2014 ble det etablert en nasjonal forsøksordning med kvalitetsbasert finansiering av sykehusene. Formålet er å gi mer oppmerksomhet om kvalitet og innebærer at en andel av budsjettet gjøres avhengig av måloppnåelse og forbedringspoeng på de nasjonale kvalitetsindikatorene. Forsøksordningen skal evalueres etter tre år.

Helsedirektoratet finner på overordnet nivå en positiv utvikling for flertallet av indikatorene. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem viser ingen systematiske regionale forskjeller. Helsedirektoratet tar initiativ til dialog med fagmiljø der resultatene fra nasjonale kvalitetsindikatorer ikke oppnås over tid.

Virkningsfulle tjenester

Tjenestene som utøves skal i størst mulig grad kunne vise til ønsket effekt om forbedret helse, livskvalitet og/eller funksjon. At en tjeneste er virkningsfull er derfor en viktig dimensjon ved måling om hvorvidt en tjeneste er av god kvalitet. Virkning er blant annet målt ved 30 dagers overlevelse etter sykehusopphold. Det er ikke målt signifikante forskjeller i overlevelse mellom årene 2011 til 2013.

Overlevelse etter krefter en annen indikator på virkningsfulle tjenester. Publiserte tall i 2013 for fem års overlevelse etter diagnose for kreft er relativt stabile med tidligere målinger, men varierende mellom krefttyper. Forskjellene mellom helseregionene er veldig små.

Trygge og sikre tjenester

Enhver helsetjeneste som tilbys innebærer også risiko. Det er helsetjenestens oppgave å unngå og å forebygge skader som følge av helsehjelp. Trygge og sikre tjenester betyr også i hvilken grad praksis utføres etter nasjonale retningslinjer og definert «beste praksis» på grunnlag av forskning.

Målinger for 2013 viser lavest andel sykehusinfeksjoner siden målingene startet i 1999. Andel sykehusinfeksjoner var i mai og november 2013 målt til henholdsvis 4,8 og 5,1 prosent.

Informasjon om egen behandling og avsluttet helsehjelp kan være kritisk viktig for pasienten og videre tjenesteutøvere. Andel epikriser sendt innen 7

dager måles nå for somatisk helsetjeneste, psykisk helse for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For alle disse fagområdene er det rapportert en positiv utvikling.

Den norske helsetjenesten kan generelt vise til svært lav andel fødselsrifter ved vaginale fødsler. Tallene for 2012, publisert november 2013, er stabile med andel fødselsrifter foregående år og noe nedgang fra tall for 2009.

Andel per 1 000 diabetespasienter som må gjennomgå amputasjon er svært lav i Norge og stabil gjennom perioden 2011 til 2013.

Involverer brukere

Pasientens mulighet til å ta egne valg og deres vurdering av opplevd kvalitet har økende betydning for det som defineres som kvaliteten ved helsetjenesten.

Pasienterfaringer publisert i 2013 for 2012 viser at opplevd kvalitet er høyest når det gjelder pasient-sikkerhet, pleiepersonale og ivaretagelse av pårørende ved somatiske sykehus. Størst forbedring fra foregående pasienterfaringundersøkelse gjelder pleiepersonalet og legene.

Pasientene gir lavest score for indeksene som omhandler utskrivning, samhandling og ventetid for elektive pasienter. Score for opplevelse av utskrivningen i 2012 viser også en nedgang fra undersøkelsen for 2011.

Andel oppdaterte ventetider på frittsykehusvalg.no er en indikator som viser hvorvidt behandlingsstedene tilgjengeliggjør informasjon om forventede ventetider og dermed tilrettelegger for at pasienten skal kunne ta egne valg. Resultatene for 2013 viser et forbedringspotensial ved andel oppdaterte ventetider for alle områder, med stabilt resultat eller nedgang på landsbasis.

Samordnet og preget av kontinuitet

Et helhetlig pasientforløp er en forutsetning for god kvalitet i en helsetjeneste som er stadig mer funksjonsfordelt og spesialisert. Skal pasienter oppleve et helhetlig tilbud om behandling og ivaretagelse av egen helse, må de ulike aktørene kunne samarbeide og arbeide mot et pasientforløp i tråd med definerte pasientrettigheter.

Lav sannsynlighet for akutt re-innleggelse av eldre pasienter (67 år og over) etter helsehjelp ved somatiske sykehus er et mål ikke bare for spesialisthelsetjenesten, men også for primærhelsetjenesten som tar imot pasienten etter utskrivning. Noen re-innleggelser er helt nødvendige og uunngåelige, spesielt blant eldre pasienter. Resultatene for 2012 viser lite variasjon mellom helseregionene når det gjelder sannsynlighet for re-innleggelse.

Andel fristbrudd for start av behandling og brudd på vurderingsgarantien måles for alle tjenesteområder og viser en positiv utvikling i perioden 2011 til 2013. I tillegg er variasjonene mellom regionene blitt betydelig mindre.

Utnytter ressurser

En viktig del av det å utnytte ressurser er å forebygge at pasienter og brukere må ytes tjenester som kunne vært unngått. Følgende indikatorer sier noe om utviklingen:

- Andel keisersnitt totalt ligger stabilt på rundt 16 prosent gjennom hele perioden.
- Andel korridorpasienter er et mål for kapasiteten ved norske behandlingssteder. Rapporterte tall for andel korridorpasienter viser en positiv utvikling i 2013.
- Det er store variasjoner mellom fylkene når det gjelder andel brukertilpassede plasser i enerom med bad/WC.
- Legemeldt sykefravær viser en stabil utvikling blant ansatte i pleie- og omsorgstjenesten i perioden 2007–2013, med en marginal nedgang fra resultat for 2012 til 2013.

Tilgjengelig og rettferdig fordelt

Likeverdige tjenester og tjenester av god kvalitet er også en tjeneste som er tilgjengelig for alle som trenger den og som er rettferdig fordelt. Ventetid for start av helsehjelp er en viktig indikator for hvorvidt tjenester er tilgjengelige og om kapasiteten ved tjenestene er tilpasset opptaksområde og etterspørsel etter tjenestene. For somatisk helsetjeneste var gjennomsnittlig ventetid stabilt rundt 75 dager gjennom hele perioden 2011–2013. Gjennomsnittlig ventetid for start av helsehjelp er lavest i psykisk helsevern, med 54 dager for voksne og 53 dager for barn og unge. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern for barn og unge viser mest positiv utvikling i gjennomsnittlig ventetid.

Legetimer per uke per beboer i sykehjem har økt gradvis fra 2008 til 2013, fra 0,33 timer til 0,46.

Andel personell med fagutdanning i omsorgstjenestene har økt jevnt i perioden 2010 til 2013 for landet samlet og for samtlige fylker unntatt to av fylkene. Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag hadde tilnærmet nullvekst i perioden, men var samtidig blant fylkene med høyest andel fagutdannet personell i utgangspunktet.

Det er store geografiske forskjeller når det gjelder andel med fagutdanning totalt, andel med fagutdanning fra høyskole/universitet og andel med fagutdanning fra videregående skole.

1.9 Departementets oppsummering

Meldingen avdekker utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Utfordringene er særlig knyttet til medvirkning, kommunikasjon, samhandling og pasientskader. Det mangler fortsatt kunnskap om status for store deler av helse- og omsorgstjenesten, særlig de kommunale helse- og omsorgstjenestene og tannhelsetjenesten.

Kunnskapscenterets meldeordning bekrefter kjente risikoområder som utfordringer med prosesser og prosedyrer, legemidler og fall, områder som samsvarer godt med pasientsikkerhetskampanjens innsatsområder for å forebygge skader. Meldeordningen har også identifisert nye områder med risiko for svikt og har formidlet dette til tjenesten.

Tilsynsmeldingen peker på risikoforhold avdekket gjennom Helsetilsynets arbeid og som tjenesten kan bruke som utgangspunkt for læring og forbedring. Både Helsetilsynet og pasient- og brukerombudenes årsrapporter avdekker utfordringer knyttet til informasjon, medvirkning og kommunikasjon, manglende koordinering, samarbeid og kompetanse, kapasitet og ventetid. Helsetilsynet har også avdekket uklare ansvarsforhold, manglende avtaler og mangelfulle samarbeidsrutiner mellom helsestasjon og fastlege. Svikt i fødselsomsorgen er avdekket gjennom varslingsordningen og det hendelsesbaserte tilsynet. Norsk pasientskadeerstatning peker på at det er relativt få saker innen fødselsomsorgen, men med store konsekvenser når det først går galt.

Pasientens helsetjeneste

Meldingen lister opp eksempler på iverksatte tiltak med formål å møte noen av utfordringene knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet som er avdekket i helse- og omsorgstjenesten, og som skal bidra til å fremme pasientens helsetjeneste.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er et lederansvar

Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Arbeidet skal forankres hos og etterspørres av toppledelsen, men spesielt ledere som arbeider nær pasienten eller brukeren har en nøkkelrolle.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid handler i stor grad om å skape en lærende kultur i organisasjonen. Flere virksomheter har lyktes i å etablere åpenhet, evne og vilje til å forandre og forbedre. Andre steder har kvalitets- og forbedringsarbeidet manglet en tydelig forankring i ledelsen. Det er lederens ansvar at det er kultur for å tørre å gi beskjed om risikoforhold og uønskede hendelser, at beskjeden blir tatt imot og besvart og at det skjer en endring.

Tiltak og virkemidler på nasjonalt nivå kan bidra til å støtte opp under tjenestens arbeid med å fremme ledelse, system og kultur for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Nasjonale myndigheter har også et ansvar overfor befolkningen for å synliggjøre innhold og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten.

Helsepersonell med utdanning fra land utenfor EØS representerer verdifull arbeidskraft og kompetanse i den norske helse- og omsorgstjenesten. Dette er en stor og økende gruppe. Av hensyn til kvaliteten i tjenestene og pasientsikkerhet har Helse- og omsorgsdepartementet nylig foreslått endringer og forbedringer i ordningen. Departementet har foreslått at det i tillegg til krav om at utdanningen må være jevngod, stilles krav om språkprøve, fagprøve og kurs i nasjonale fag som må være oppfylt før det kan gis norsk autorisasjon.

Kvalitetsmålinger fordrer et godt datagrunnlag. Her spiller helse- og kvalitetsregistre en viktig rolle. Det er mange gode helseregistre i Norge, men det er rom for både modernisering og bedre utnyttelse av disse registrene. På flere områder mangler vi fortsatt registre, blant annet innenfor psykisk helsevern, rus, tannhelse og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Regjeringen har i forslag til statsbudsjett for 2015 foreslått 30 mill. kroner til å utvikle et samlet helseregister for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Nasjonalt folkehelseinstitutt fikk i 2014 i oppdrag å utrede et register for psykisk helse og rus, med utgangspunkt i fellesregistermodellen. Nasjonalt helseregisterprosjekt er etablert for å modernisere og samordne sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre.

Arianson-utvalget skal fremme forslag til hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten bør følges opp av samfunnet. Utvalget, som har frist til september 2015 med å legge frem sine anbefalinger, skal dessuten utrede om melde- og varslingsplikten for sykehus også bør omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

På mange områder foreligger nasjonale faglige retningslinjer bygget på oppdatert kunnskap om hva som er beste praksis. Samtidig er det en kjensgjerning at implementering av faglige retningslinjer og læring av uønskede hendelser og forbedringsarbeid krever ledelsesforankret, målrettet og systematisk innsats over tid. Gjennom Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble det arbeidet bevisst med forankring i ledelsen og systematisk forbedringsmetodikk. Det er tre utvalgte områder som særlig har lagt føringer for det nasjonale programmet:

- Å styrke kompetansen i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet for ledere og personell.

- At pasientene skal spille en større rolle i pasientsikkerhetsarbeidet.
- At kommuneperspektivet skal videreutvikles.

1.10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Meldingen gir et overordnet innblikk i status og utfordringer og inneholder ikke forslag til nye tiltak. Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er en del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten og skal føre til bedre helse i befolkningen, mer tilfredse brukere og pasienter og bedre ressursutnyttelse. Arbeidet for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet skal skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Tove Karoline Knutsen, Freddy de Ruiten, Niclas Tokerud og Karianne O. Tung, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, lederen Kari Kjønås Kjos, Harald T. Nesvik og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Venstre, Ketil Kjenseth, og fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, viser til at regjeringen vil legge fram årlige meldinger for Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, og ønsker dette velkommen. Komiteen vil påpeke at helse- og omsorgstjenestene på de fleste områder er svært godt utviklet og at den norske helsetjenesten har gjennomgående høy standard. Ikke minst skyldes dette at vi har mange helse- og omsorgsarbeidere med høy faglig kompetanse. Komiteen ser det som en viktig verdi at gode og trygge helse- og omsorgstjenester er tilgjengelige for alle, uansett bakgrunn. Det er et politisk ansvar å sikre en videre utvikling som trygger kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. Komiteen merker seg at den årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet ikke vil være representativ for alt det positive som skjer på helse- og omsorgsfeltet, men er en melding som nødvendigvis vil fokusere på områder der kvaliteten og pasientsikkerheten kan forbedres.

Komiteen vil understreke at Norge har gode helse- og omsorgstjenester, og at Norge scorer høyt på overlevelse for sykdommer som kreft, hjertesvikt og hjerneslag. Komiteen viser allikevel til at det fortsatt er et betydelig forbedringspotensial i hele helse- og omsorgstjenesten, både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Komiteen mener at kvaliteten i helsetjenesten varierer for mye og at ventetiden for utredning, diagnose og behandling har vært altfor lang for mange; spesielt innen kreftomsorgen og for personer med behov for behandling innen rus og psykisk helse.

Informasjonsflyt, kommunikasjon og koordinering mellom ulike deler av tjenesten er områder som må forbedres. Pasientskader fører til unødig lidelse, og infeksjoner og feil bruk av legemidler er de to vanligste årsakene til dette. Komiteen vil peke på at helse- og omsorgstjenestene har behov for å videreutvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Det er også behov for systematisert kunnskap om kvalitet i tjenesten.

Komiteen viser til at Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten beskrev både status, utfordringer og nasjonale målsettinger og tiltak for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Komiteen vil understreke at dette arbeidet er avgjørende å følge opp, og at årlige meldinger til Stortinget derfor er viktig.

Komiteen støtter regjeringens fokus på pasientopplevd kvalitet, og at pasientopplevelser i seg selv er et mål på kvalitet. Komiteen vil også understreke at bedre informasjon til, kommunikasjon med og involvering av pasienten og deres pårørende, må stå helt sentralt i arbeidet for å skape gode helsetjenester.

Komiteens medlemmer fra Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener at pasientopplevd kvalitet må vektlegges høyere enn i dag. Disse medlemmer viser til Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) sin undersøkelse Helsebarometeret 2015. Når respondentene ble bedt om å velge tre kriterier for god kvalitet i helsetjenesten, pekte fire kriterier seg ut som de klart viktigste. Øverst finner vi nærhet til sykehus og lege (57 prosent), fulgt av helsepersonell med god utdanning (53 prosent), behandling som virker (45 prosent) og ingen venteliste for å få time eller behandling (43 prosent). Interessant nok kommer fritt valg av lege og fritt valg av sykehus klart lenger ned på lista. Disse medlemmer mener derfor at det må legges stor vekt på kvalitetsarbeidet i det nære helsetilbudet, som folk er opptatt av. Disse medlemmer vil påpeke at regjeringen nylig har støttet nedleggelse av lokalsykehus, selv om disse sykehusesene skåret høyt på pasientopplevd kvalitet.

Komiteen mener at god og tydelig ledelse er viktig på alle nivå i helsetjenesten, og merker seg at regjeringen vil stille tydelige krav til dette.

Komiteen vil videre vise til at tydelig ledelse og gode systemer og prosedyrer er avgjørende for å

unngå skader og svikt. Det er et ledelsesansvar å styre virksomheten og utvikle en kultur som fremmer pasientsikkerhet i alle ledd i organisasjonen.

Komiteen vil presisere at å skape en kultur i helse- og omsorgstjenestene for å melde fra om og lære av egne og hverandres feil, er et ledelsesansvar. Det er viktig at både ansatte og pasienter melder fra om kritikkverdige forhold eller om feil som blir begått. For å skape en slik lærende organisasjonskultur i helsetjenestene må det være fokus på åpenhet, ikke sanksjoner.

Komiteen vil fremheve at selve grunnlaget for at helsevesenet skal være en åpen og lærende organisasjon, er at ansatte ikke er redde for å ta opp ting internt og for å ytre seg offentlig.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at norske sykehus ifølge Statistisk sentralbyrå har hatt et gjennomsnittlig belegg på ca. 93 prosent mellom 2009–2013. En ny tysk studie viser at når pasientbelegget blir høyere enn 92,5 prosent, øker dødeligheten signifikant. Over denne grensen blir det så travelt at det skjer flere potensielt fatale feil. Den norske legeförening tar til orde for en nasjonal forsvarlighetsgrense i norske sykehus på 85 prosent belegg for sykehus, slik britiske helsemyndigheter har satt som øvre grense for forsvarlighet. Helsetilsynet i Norge ga i 2001 anbefalinger i tråd med dette. Dette medlem er kjent med at helseforetak i Norge planlegger for 100 prosent belegg. Dette medlem viser til svar på skriftlig spørsmål (Dokument nr. 15:600 (2014–2015)), der tall fra SSB viste at faktiske beleggsprosent for somatiske sykehus på landsbasis var 93 prosent i 2013. Noen sykehus oppga et gjennomsnitt på rundt 80 prosent (Helse Førde, Sørlandet Sykehus, Helse Finnmark), mens St. Olavs hospital HF, Helse Bergen HF, Helse Stavanger HF og Akershus universitetssykehus HF oppga belegg på over 100 prosent. Oslo universitetssykehus HF oppga belegg på 99,4 prosent og ved Sykehuset Østfold var belegget i 2013 på 97,2 prosent.

Dette medlem mener det må settes et nasjonalt krav om øvre beleggsprosent ved norske sykehus, og at øvre grense av hensyn til forsvarlighet må settes til 85 prosent belegg. Dette medlem mener av samme forsvarlighetsgrunn at nye sykehus må planlegges ut fra en beleggsprosent på maks 85.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til helseministerens svar av 19. februar 2015 på skriftlig spørsmål om beleggsprosent på sykehus (Dokument nr. 15:600 (2014–2015)). Helsedirektoratet har, med utgangspunkt i tall fra Statistisk sentralbyrå, svart at den faktiske beleggsprosenten for somatiske sykehus på

landsbasis var 93 prosent i 2013. Det foreligger ikke nye tall pr. i dag. Helsedirektoratet peker på at beregningene av den faktiske beleggsprosenten er beheftet med usikkerhet, og at det er krevende å trekke entydige konklusjoner ut fra tallene.

Disse medlemmer vil peke på at Statens helsetilsyn anbefalte i en rapport fra 2001 et gjennomsnittlig belegg på 85 prosent, for planlegging av drift ved avdelinger med høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelser, og et belegg opp mot 90–95 prosent ved avdelinger med hovedsakelig planlagt aktivitet. I etterkant av denne rapporten har det imidlertid skjedd endringer i behandlingsmetoder, utbygging av kommunale tjenester og kortere liggetider. Disse medlemmer vil peke på at beleggsprosenten ikke i seg selv er et godt mål på kvalitet, men at også andre faktorer må inngå i planleggingen av nye sykehusprosjekter. Helsedirektoratet trekker frem dekningsgrad for sykehussenger og utnyttelse av senger som faktorer som må sees i sammenheng med beleggsprosent. Disse medlemmer viser videre til at regjeringens mål er å skape pasientens helsetjeneste. Da er det tilgjengeligheten av og kvaliteten i helsetjenesten, herunder pasientens opplevelse av tilbudet, som er førende for utformingen av helsepolitikken.

Hva gjelder planlegging i eventuelle nye sykehus, viser disse medlemmer til at Helsedirektoratet peker på at de fleste nye sykehusprosjekter de senere årene er planlagt med 85 prosent utnyttelsesgrad på ordinære sengeavdelinger. En del av de nye sykehusprosjektene, som nytt østfoldsykehus, har imidlertid planlagt med 90 prosent utnyttelsesgrad. Disse medlemmer viser til at helseministeren i sitt svar av 19. februar 2015 understreker at helseforetakene har ansvar for å sørge for forsvarlig drift når det kommer til utnyttelse av kapasitet og kvalitet på de tjenester som leveres. Helseministeren understreker samtidig at kirurgiske avdelinger og indremedisinske avdelinger har ulik aktivitet, og 85 prosent belegg vil derfor falle ulikt ut ved kirurgiske sengeposter og indremedisinske sengeposter.

Komiteen deler regjeringens bekymring for at vi har mangel på kunnskap om kvaliteten i tjenester på kommunenivå, og ser fram til at det etableres et kommunalt helse- og omsorgsregister og kvalitetsindikatorer for de kommunale tjenestene. For å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det også viktig at lokalpolitikere formulerer og følger opp mål for tjenestene, og at mål for kvalitet innarbeides i planverket for kommunene. Komiteen viser til pasient- og brukerombudenes årsmelding, der følgende tema trekkes fram som særskilt viktige: 1) psykisk helsevern og behandling av rusavhengige, 2) informasjon, medvirkning og kom-

munikasjon, 3) manglende koordinering og samarbeid i spesialisthelsetjenesten og 4) bekymring for kapasitet og kvalitet i eldreomsorg. Ombudenes anbefalinger er:

- Helse og omsorgstjenestene til pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet må styrkes.
- Pasienter må rutinemessig tilbys kopi av henvisning, epikrise og prøvesvar.
- Tolk må alltid benyttes ved behov.
- Koordinator må utpekes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.

Komiteen vil understreke at tilbakemeldingene fra pasient- og brukerombudene er viktige, og legger til grunn at regjeringen følger opp anbefalingene i det videre arbeidet med å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet, Venstre og Sosialistisk Venstreparti, vil særlig trekke fram pasient- og brukerombudenes bekymring for kapasitet og kvalitet i eldreomsorgen. Ombudene reiser spørsmålet om helse- og omsorgstjenesten i kommunene er tilstrekkelig dimensjonert for å møte utfordringene i eldreomsorgen. Terskelen for å få langtids sykehjemsplass er i mange kommuner svært høy, og avlastnings- og rehabiliteringstilbudet er lite tilgjengelig. Mange pårørende er misfornøyd med innholdet i behandling, pleie og omsorg. Flertallet viser også til flere oppslag i mediene om eldre pasienter som forflyttes mye mellom sykehus, institusjoner og hjem, om manglende samhandling mellom nivåene og for liten kompetanse i kommunene til å ta seg av utskrivningsklare syke, eldre pasienter. Flertallet mener at regjeringen må ha stort fokus på å styrke kvaliteten og kapasiteten i eldreomsorgen, og ber om at neste kvalitetsmelding gir en fylldigere beskrivelse av situasjonen på dette området.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti vil også peke på ombudenes anbefaling om at koordinator må utpekes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Disse medlemmer er kjent med at regjeringen har sendt på høring forslag om rett til kontaktlege for pasienter med alvorlig sykdom, og støtter intensjonen i dette forslaget. Disse medlemmer mener samtidig at dagens rett til å få utnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester,

må bli en reell rettighet ved alle sykehus og i alle kommuner.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, viser til at tilsynsrapporter over lang tid har belyst at det er utfordringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Flertallet vil peke på at flere undersøkelser viser at det er stor variasjon i de kommunale omsorgstjenestene i ulike kommuner. Flertallet mener at å kartlegge og iverksette tiltak for å begrense uberettiget variasjon vil være et viktig arbeid for å nå målsettingen om likeverdige helse- og omsorgstjenester for hele befolkningen. Flertallet viser til at det er igangsatt et arbeid for å etablere et kommunalt helse- og omsorgsregister, som vil være et viktig tiltak for å heve kunnskapen om kvaliteten i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil fremheve at regjeringen og samarbeidspartiene i de to siste statsbudsjettene har økt statens økonomiske ansvar for å sikre kapasitet og kvalitet i omsorgstjenestene i kommunene. Staten tar et større økonomisk ansvar for å bygge ut kapasitet ved at investeringstilskuddene til bygging av heldøgns omsorgsplasser gjennom budsjettene er økt betraktelig, og ved at tilskuddsandelen er økt til 50 prosent av maksimal godkjent anleggskostnad. I tillegg er det en økt satsing på kvalitet gjennom en styrking av bevilgning av midler til kompetanseheving i kommunene, herunder igangsetting av en ny masterutdanning for avansert sykepleie i kommunen.

Dette flertallet vil vise til at regjeringen i løpet av våren 2015 kommer med en stortingsmelding om fremtidens primærhelsetjeneste. Meldingen skal se på hvordan primærhelsetjenesten bedre kan møte innbyggernes behov for tjenester i kommunen.

Komiteen viser også til Tilsynsmeldingen fra Statens helsetilsyn. Det ble i 2013 gjennomført 326 tilsyn i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Komiteen vil særlig fremheve tilsynet med helsestasjoner, der det ble avdekket svikt i gjennomføring av undersøkelsesprogrammer, mangelfullt samarbeid om barn med spesielle behov, mangelfull journalføring, svikt i personvernet, mangel på kvalifiserte tolketjenester, brukererfaringer blir ikke etterspurt og mangelfull styring med helsestasjonstjenesten. Komiteen vil ut fra dette understreke behovet for å sikre økt kvalitet i helsestasjonsarbeidet.

Komiteen viser til at Statens helsetilsyn i Tilsynsmeldingen anslår at det opprettes 3–4 ganger flere tilsynssaker knyttet til legevakt enn til allmennmedisinsk virksomhet for øvrig. Statens helsetilsyn har også mottatt saker der det påvises systemsvikt i interkommunale legevakter, og ser sårbarhet knyttet til at kommunikasjon og samhandling virker. Komiteen mener at Tilsynsmeldingen viser behovet for at arbeidet med å styrke kvaliteten i legevakt må prioriteres.

Komiteen merker seg at Statens helsetilsyn generelt påpeker tre områder som de mener er særlige sårbare for svikt: 1) kompetanse, 2) kommunikasjon og samhandling og 3) læring av uønskede hendelser. Betydning av god ledelse er en gjenganger i det samlede tilsynsmaterialet. Komiteen er enig i at god ledelse og en åpen og lærende organisasjonskultur er av stor betydning, og vil understreke at det er et politisk ansvar å sørge for strukturer som legger til rette for dette.

Komiteen viser til at helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven har plikt til å melde fra om «betydelig personskaade», eller hendelser som kunne ført til dette. Komiteen merker seg at Kunnskaps-senterets meldeordning mottok 9 540 meldinger i 2013.

Komiteen viser til at gjennom Arianson-utvalget vil vi få forslag til hvordan alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten bør følges opp av samfunnet. Utvalget skal også utrede om melde- og varslingsplikten for spesialisthelsetjenesten også bør omfatte den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Utvalget skal legge frem sine anbefalinger innen september 2015.

Komiteen mener det er behov for en lignende meldeordning for kommunehelsetjenesten.

Komiteen viser til Nasjonalt kvalitetsindikatortystem, og at dette er et system som skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Komiteen merker seg at noen forhold som måles er overlevelse, sykehusinfeksjoner, epikriser, fødselsrifter, pasienterfaring, ventetider, korridorpasienter, re-innleggelser, fristbrudd, fagutdannet personell, sykefravær m.m.. Komiteen vil understreke at det i dag er uakseptable regionale forskjeller på disse indikatorene. Komiteen mener at pasienterfaring, og hvor gode sykehusene er på kommunikasjon, medvirkning og samhandling, også må tillegges stor vekt. Komiteen understreker behovet for å utvikle nye, gode kvalitetsparametere, og for at det hele tiden er kritisk tenkning rundt hvilke parametere som er viktig og nødvendig å måle for å bedre kvaliteten.

Komiteen merker seg at regjeringen arbeider med flere meldinger til Stortinget, og vil understreke

at tiltak for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene må bli sterkt vektlagt i disse meldingene.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringens ambisjon er å skape pasientens helsetjeneste; en tjeneste som i større grad organiserer seg og virker ut fra pasientens behov, slik han eller hun selv uttrykker dem. Disse medlemmer mener at for å realisere dette må fordelingen av makt og innflytelse forskyves fra systemet eller tjenesten til pasienten.

Komiteen viser til at pasientopplevd kvalitet må telle sammen med faglig basert kvalitet. Komiteen vil understreke at forutsigbarhet, tilgjengelighet og respekt i møtet mellom helsetjeneste og pasient må være en selvfølge.

Komiteen deler regjeringens mål om at pårørende i større grad skal være aktive endringsagenter til beste for sine nære og for kvalitetsutvikling i tjenesten. Komiteen viser i den anledning til at pasienter, brukere og pårørendes stilling fra 1. januar 2014 ble styrket ved uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten, gjennom lovendringer – i hovedsak i pasient- og brukerrettighetsloven. Program for en aktiv og fremtidsrettet pårørendepolitikk 2014–2020 (Pårørendeprogrammet 2020) skal bidra til økt oppmerksomhet og styrkede rettigheter for pårørende.

Komiteen viser til at det gjennom Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» ble arbeidet bevisst med en forankring i ledelsen og systematisk forbedringsmetodikk. Kampanjen er avsluttet, men er videreført i det femårige nasjonale programmet for pasientsikkerhet. Komiteen vil vise til at det er tre utvalgte områder som særlig har lagt føringer for det nasjonale programmet:

- Å styrke kompetansen i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet for ledere og personell.
- At pasientene skal spille en større rolle i pasientsikkerhetsarbeidet.
- At kommuneperspektivet skal videreutvikles.

Komiteen viser til at mangelfulle løsninger og systemer som ikke kommuniserer med hverandre, over altfor lang tid har hemmet det daglige arbeidet og gjort hverdagen frustrerende for både pasienter og personalet. Komiteen vil spesielt peke på det store behovet for bedre kommunikasjon innad i helseforetakene, kommunikasjon med pasient/pårørende, kommunikasjon mellom de enkelte helseforetak og

mellom helseforetakene og fastlege/primærhelsetjenesten.

Komiteen viser også til at det er tatt viktige grep og at Stortinget allerede i fjor vedtok en ny pasientjournallov og en helseregisterlov som vil rette opp i mye og bidra til å bedre utveksling av informasjon sykehusene imellom. Komiteen viser videre til at disse to lovene, som trådte i kraft fra 1. januar 2015, vil sørge for at informasjonen kan følge pasienten hele veien.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen vurderer å etablere et IKT-direktorat for å styrke koordineringen mellom regionene og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Bedre IKT-koordinering skal også bidra til integrering av fastleger, fysioterapeuter og avtalespesialister i en helhetlig helsetjeneste.

Komiteen er fornøyd med at alle de fire helse-regionene i 2014 fikk etablert egne kreftdiagnose-sentre, og at dette i 2015 vil bli fulgt opp med i alt 28 pakkeforløp for kreft. Komiteen vil videre påpeke viktigheten av at flere helseforetak får etablert diagnosesentre for kreftsyke, slik at stadig flere pasienter med mistanke om kreft kan få raskere diagnose og hjelp i sitt nærområde.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser også til innføringen av Fritt behandlingsvalg i 2015, og at det vil bli lagt fram en opptrappingsplan på rusfeltet. Flertallet vil vise til at Nasjonal helse- og sykehusplan, stortingsmelding om primærhelsetjenesten, en ny folkehelsemelding og en melding om legemiddelpolitikken, alle vil legge føringer for utviklingen av helse- og omsorgstjenestene de neste årene.

Komiteen vil påpeke at utvikling av antibiotikaresistens er en trussel for både kvalitet og pasientsikkerhet i norsk helsetjeneste. Det er derfor avgjørende at også helsetjenesten iverksetter tiltak som bidrar til å snu utviklingen, blant annet er det viktig å redusere unødvendig og feil antibiotikabruk. Komiteen viser til at regjeringen skal levere en tverrdepartemental strategi mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier, og at Stortinget gjennom Dokument 8:2 S (2014–2015), jf. Innst. 156 S (2014–2015), har vedtatt at det skal utarbeides en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier med overordnet mål om å redusere bruken av antibiotika med 30 prosent.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til meldingen og rår Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Meld. St. 11 (2014–2015) – om kvalitet og pasientsikkerhet 2013 – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, 12. mars 2015

Kari Kjønås Kjos

leder

Kjersti Toppe

ordfører