



# Innst. 217 S

(2015–2016)

## Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 12 (2015–2016)

### Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om kvalitet og pasientsikkerhet 2014

---

Til Stortinget

#### 1. Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

##### 1.1 Sammendrag

Departementet har lagt frem den andre årlige meldingen til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen oppsummerer og gjør opp status for kvalitet og pasientsikkerhet, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Kunnskapssenterets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenlikninger. Målsettingen er økt politisk bevissthet og oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet i den nasjonale helsepolitikken. En årlig melding skal bidra til kontinuitet i dette arbeidet og gjøre det mulig å følge utviklingen over tid.

Regjeringen og nasjonale helsemyndigheter retter kvalitetsarbeidet særlig mot tre områder: mer kvalitetsorientert ledelse, systemer som skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet og en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i hele tjenesten. Alle disse tre grepene skal støtte arbeidet med å skape en mer pasient- og brukerrettet helse- og omsorgstjeneste.

Det er gode resultater på en rekke områder i helse- og omsorgstjenesten, og de fleste gir uttrykk for at de er fornøyde med de helse- og omsorgstjenestene de får. Det fremgår både av nasjonale undersøkelser og internasjonale sammenlikninger. Å lære av de gode resultatene og erfaringene er grunnleggende viktig. Systematisk deling og bruk av gode resultater

må i større grad inngå i utviklings- og forbedringsarbeidet. Meldingen retter oppmerksomheten mot områder der det er utfordringer og et forbedringspotensial. Kildene gir et bilde av hvor i systemet det er risiko og tydeliggjør hvor det er behov for å sette inn tiltak. Materialet som presenteres i meldingen er ikke representativt, og kan derfor gi et for negativt bilde av helse- og omsorgstjenesten.

Materialet for 2014 og tidligere år viser at det er utfordringer på mange av de samme områdene som i 2013. Mangelfull kommunikasjon og informasjon er ifølge flere kilder en gjenganger.

Det legges i meldingen ikke frem ny politikk fra regjeringens side. Formålet er å gi Stortinget en anledning til å behandle temaet kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten på en bred måte.

##### 1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen, Torgeir Micaelsen og Freddy de Ruiten, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Hoksrud, lederen Kari Kjønås Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at helse- og omsorgstjenestene i Norge er godt utviklet og holder en høy standard. Ikke minst skyldes dette at vi har mange helse- og omsorgsarbeidere med høy faglig kompetanse. Komiteen vil understreke at gode og trygge helse- og omsorgstjenester skal være tilgjengelige for alle, uansett bakgrunn. Komiteen er klar over at denne meldingen

ikke er representativ for alt det positive som skjer på helse- og omsorgsfeltet, men har et nødvendig fokus på feil og mangler, og på hva som kan bli bedre. Selv om norske helse- og omsorgstjenester på mange områder er blant de beste i verden og sentrale rammebetingelser for å sikre mer systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er på plass, er det fortsatt et betydelig rom for forbedringer.

Komiteen mener at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten må skje kontinuerlig og systematisk, og at dette er et ledelsesansvar. Det har de siste årene vært et tydelig tverrpolitisk og faglig fokus i helsetjenesten på pasientsikkerhetsarbeidet. Dette er positivt, men fortsatt skjer det alvorlige feil og uheldige hendelser i norsk helsetjeneste. Svikt i behandlingsskjeden kan gi alvorlige konsekvenser for pasienter og pårørende. Dødsfall skjer også. Komiteen erkjenner at all risiko i helsetjenesten ikke kan elimineres og at noen uheldige hendelser alltid vil kunne skje. Men komiteen vil understreke at mye kan forebygges gjennom et systematisk arbeid med pasientsikkerhetskultur. Da er det avgjørende å skape åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Komiteen mener at måling av kvalitet og åpenhet om resultatene av målingen er nødvendig for videreutvikling av helsetjenestene. Videre er komiteen opptatt av at systemene for å avdekke og lære av uønskede hendelser og feil må bli bedre, både på sykehus og i kommunene. Dette er samtidig avhengig av en generell åpenhetskultur i helse- og omsorgstjenesten. Komiteen vil presisere at ansatte i helse- og omsorgssektoren selvsagt har ytringsfrihet, og ser det som ønskelig med offentlig debatt om helse- og omsorgstilbudet, der også helsearbeidere deltar. Komiteen er glad for at regjeringen vil fremme årlige meldinger til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet. Målet må være at dette kan bidra til det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet og sikre mindre variasjon, færre uheldige hendelser og bedre kvalitet i tjenestetilbudet.

Komiteen mener det må være et mål å få til liknende årlige meldinger og debatter om kvaliteten i helse- og omsorgstilbudene i kommunestyrene, og ber regjeringen bidra til at dette kan skje.

Komiteen viser til Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, som beskrev både status, utfordringer og nasjonale målsettinger og tiltak for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten. Komiteen forutsetter at de nasjonale målsettingene og tiltakene som ble beskrevet i denne stortingsmeldingen, følges opp i regjeringens videre arbeid. Komiteen viser til at det i Innst. 250 S (2012–2013) ble tilslutning til å gjennomføre en bred utredning om hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og ved mistan-

ke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. Komiteen viser til at utredningen nå er gjennomført (Arianson-utvalget, NOU 2015:11 Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene). Komiteen merker seg at Arianson-utvalget har foreslått flere endringer i helse- og omsorgslovgivningen for å forebygge og sikre bedre oppfølging ved alvorlige hendelser. Det foreslås blant annet en omorganisering av tilsyn og opprettelse av regionale tilsyn som får vedtakskompetanse, lovfesting av at virksomheter i helse- og omsorgstjenesten skal tilby pasienter/brukere/pårørende møter når det har skjedd alvorlige hendelser, at meldeordningen for alvorlige hendelser også skal gjelde for kommunene, at pasienter/brukere/pårørende får rett til å melde fra om uønskede hendelser og varsle om alvorlige hendelser og at politiet skal underrette pårørende rutinemessig om at sak forelegges tilsynsmyndighetene. Komiteen merker seg at et flertall (10 av 14 medlemmer) ikke tilrår at det opprettes en undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, mens et mindretall (4 medlemmer) støtter opprettelse av en slik kommisjon. Komiteen viser til at NOU-en er sendt på høring, og ser fram til at regjeringens oppfølging av denne legges fram for Stortinget på egnet måte.

Komiteens medlem fra Senterpartiet ser gjerne at dette kan skje gjennom en ny stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, for å sette nye nasjonale mål og tiltak for dette viktige området.

Komiteen viser til at det er for store variasjoner i helse- og omsorgstjenesten, og merker seg at regjeringen vil gi en nærmere omtale av variasjon i den neste årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. I Innst. 195 S (2014–2015) ble det fra en samlet komité vektlagt at kvaliteten i helsetjenesten varierer for mye og at ventetiden for utredning, diagnose og behandling har vært altfor lang for mange. Informasjonsflyt, kommunikasjon og koordinering mellom ulike deler av tjenesten ble pekt på som områder som må forbedres. Det ble presisert at pasientskader fører til unødige lidelse, og at infeksjoner og feil bruk av legemidler er de to vanligste årsakene til dette. Videre påpekte en samlet komité at helse- og omsorgstjenestene har behov for å videreutvikle systemer og kulturer for å lære av feil og behov for systematisert kunnskap om kvalitet i tjenesten.

Komiteen mener at dette er utfordringer tjenestene fortsatt har og som det fortsatt må arbeides med å forbedre. Komiteen er spesielt bekymret for pasientsikkerhetsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen mener det er mye å hente på å bedre koordineringen, ressursfordelingen og samhandlingen mellom de ulike nivåene i helse-

tjenesten og viser til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen (Dokument 3:5 (2015–2016)), der særlig tilbudet til de sykeste eldre og til rus- og psykiatripasienter utmerker seg som områder med betydelig forbedringspotensial.

Komiteen viser til at KS i sin høringsuttalelse ber Stortinget sikre mer og bredere informasjon og analyse som grunnlag for å følge utviklingen rundt kvalitet og pasientsikkerhet i kommunene. Komiteen mener det må sørges for god kartlegging av utsatte gruppers helsetilbud, særlig i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Komiteen ser positivt på regjeringens forslag om etablering av et nytt kommunalt pasient- og brukerregister, og merker seg at et slikt forslag har vært på høring.

Komiteen viser til at det i meldingen ikke legges fram ny politikk fra regjeringens side. Komiteen mener at det trengs et systematisk arbeid for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i alle deler av helsetjenesten, og at dette må implementeres i helsetjenesten på alle områder og nivå. Det er behov for tydelige nasjonale målsettinger og tiltak for dette arbeidet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste, og at kvalitet og pasientsikkerhet er et av innsatsområdene for å oppnå dette. Disse medlemmer vil fremheve viktigheten av at det årlig legges frem en melding til Stortinget som oppsummerer og gjør opp status for kvalitet og pasientsikkerhet, og disse medlemmer mener det er svært positivt at Stortinget gis anledning til en bred og åpen debatt om status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.

Disse medlemmer viser til at regjeringens mål er å styre etter kvalitet og kompetanse. Kommunene er gjennom helse- og omsorgstjenesteloven pålagt å drive systematisk kvalitetsforbedring og arbeide systematisk med pasient- og brukersikkerhet, noe som innebærer planlegging, iverksetting, evaluering og systematisk forbedringsarbeid.

Disse medlemmer viser til Meld. St. 11 (2014–2015) Kvalitet og pasientsikkerhet 2013, der det fremgår at regjeringen vil arbeide for å begrense ubegrunnet variasjon, styrke ledelsen i sektoren og i større grad styre ut fra kvalitetshensyn. Også i denne andre årlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, Meld. St. 12 (2015–2016), retter regjeringen og nasjonale helsemyndigheter kvalitetsarbeidet mot områder som mer kvalitetsorientert ledelse, systemer som skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet og en sikkerhetsfokustert og lærende kultur

i hele tjenesten. Det legges ikke frem ny politikk i denne meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Disse medlemmer viser likevel til at regjeringen har igangsatt flere tiltak som sammen bidrar til å heve kvaliteten og pasientsikkerheten på tvers av hele helse- og omsorgstjenesten. Formålet med stortingsmeldingen er i tillegg å gi Stortinget en regelmessig anledning til en bred og åpen debatt om status og utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet.

Disse medlemmer viser til at flere undersøkelser viser at det er store variasjoner i helse- og omsorgstjenesten. Det er mange årsaker til variasjon, og disse medlemmer mener det er viktig å kartlegge og identifisere årsaker til variasjon og iverksette tiltak for å redusere uberettiget variasjon. Disse medlemmer ser frem til at variasjon gis en nærmere omtale i den neste årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) som viser til at variasjon i forbruk av helsetjenester som ikke skyldes tilsvarende forskjeller i befolkningens sykelighet, kan være tegn på ulik fordeling av et offentlig gode. SKDE viser videre til at det kan være et tegn på at befolkningen i noen områder ikke får de helsetjenestene de har behov for, eller et tegn på at befolkningen i andre områder får behandling de ikke har nytte av. SKDE har gjort en undersøkelse av forbruket av de 12 vanligste dagkirurgiske inngrepene i Norge (2011–2013). For 9 av 12 inngrep har områdene med høyest forbruk over dobbelt så høy rate som områdene med lavest forbruk. Dette medlem mener dette viser at variasjon svekker pasientsikkerheten i Norge.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet peker på at regjeringen tilrettelegger for kommunenes deltakelse i pasientsikkerhetsprogrammet og at det etableres flere kvalitetsindikatorer for omsorgssektoren bl.a. basert på bruker- og pårøndererfaringer. Videre kan disse medlemmer vise til at det er igangsatt et arbeid med å utvikle nye indikatorer, blant annet for ernæring, legemidler og hvordan brukere kan leve et aktivt og meningsfylt liv. Disse medlemmer viser videre til at Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsemeldingen, gir klare signaler om høyere kompetanse hos helsepersonell, økt fokus på teamarbeid, i tillegg til god og tydelig ledelse. Regjeringen har sendt på høring en forskrift som stiller krav til styring og ledelse i helse- og omsorgstjenesten. Ett av kravene som stilles i forskriften er at alle virksomheter, minst én gang årlig, systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det

fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten. Ledelsen må med andre ord forholde seg systematisk til informasjon om kvaliteten i den tjenesten de leder, noe som betyr at ledelsen i tillegg til den kontinuerlige evalueringen av virksomheten, hvert år vil måtte foreta en kritisk og helhetlig vurdering av egen tjeneste, og gjøre endringer der det er nødvendig.

Komiteen viser til at Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen, ble lagt frem i mai 2015, og at Stortinget behandlet denne i februar 2016. I meldingen foreslår regjeringen fire legemiddelpolitiske målsettinger: sikre god kvalitet ved behandling med legemidler, legemidler skal ha lavest mulig pris, likeverdig og rask tilgang til effektive legemidler, samt å legge til rette for forskning og innovasjon. En samlet komité stilte seg bak disse målene, noe som gir et godt grunnlag for arbeidet med å sikre at målene oppnås.

Komiteen vil peke på at riktig bruk av legemidler kan forebygge og behandle sykdom og øke livskvaliteten for den enkelte. Pasientsikkerhetskampanjen viste imidlertid at 12 prosent av pasientskadene skyldes feil legemiddelbruk. Feilbruk av legemidler kan få alvorlige konsekvenser for enkeltpasienter, som bivirkninger eller dødsfall. Dette er alvorlig, først og fremst for den enkelte og deres familie og venner, men også for samfunnet, da feilbruk av legemidler fører til dårlig ressursutnyttelse og betydelige ekstrakostnader, knyttet til for eksempel sykefravær og sykehusinnleggelse.

For at behandlingen skal virke, må legen stille riktig diagnose og velge riktig behandling. Komiteen mener en grundig medisinsk utredning, legemiddelgjennomgang, oppdaterte legemiddellister og god oppfølging av pasienter med flere sykdommer vil redusere omfanget av bivirkninger og andre legemiddelrelaterte problemer.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at Legemiddelmeldingen bærer preg av dette, og at riktig bruk er en gjennomgangstone i meldingen.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil videre vise til at regjeringen i løpet av 2015 har innført 28 pakkeforløp for kreft, og at det er innført tverrfaglige diagnosesentre i alle helseregioner for pasienter med mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom. Målet er gode og forutsigbare pasientforløp, og dette flertallet er fornøyd med at det så langt er lovende resultater for pakkeforløp for kreft. Pasientene kommer raskere

i gang med utredning og behandling, og ordningen gir bedre forutsigbarhet for pasienter og pårørende. Det er et stort faglig engasjement, og mange nye pasienter er inkludert i pakkeforløpene. Tallene for andre tertial 2015 gir dermed noe svakere resultater. Det er viktig at helseforetakene følger opp og analyserer tallene og at forbedringsarbeidet videreføres. Dette flertallet er tilfreds med at pakkeforløp er prioritert og at arbeidet følges tett opp av departementet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet er tilfreds med at regjeringen er i ferd med å utvikle en trygghetsstandard for kvalitet i sykehjem. Trygghetsstandard skal bidra til at beboere på sykehjem skal ha et godt og likeverdig tilbud, og bruker- og pårørendeorganisasjoner, KS og yrkesorganisasjonene er invitert til å delta i prosjektet.

## 2. Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

### 2.1 Sammendrag

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i andre sammenlignbare land og i internasjonale organisasjoner er en viktig kilde til kunnskap som kan brukes som grunnlag for å videreutvikle arbeidet i Norge.

OECD-rapporten fra 2014 – Health at a Glance: Europe 2014 – inneholder sammenlignbare data fra 35 europeiske OECD-land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2012. Rapporten viser at helsetilstanden i Norge generelt er god, med høyere forventet levealder og lavere sykkelighet og dødelighet enn gjennomsnittet for EU-landene i OECD. Norske helsevaner er også bedre enn gjennomsnittet, med lavere forbruk av tobakk og alkohol og høyere inntak av grønnsaker.

Norge skårer godt på en rekke indikatorer, og OECD fremhever spesielt resultatene for overlevelse etter akutt hjerteinfarkt som svært gode i Danmark, Sverige og Norge. Det er generelt god kreftoverlevelse i Norge. Norge skårer noe dårligere når det gjelder indikatorene for pasientsikkerhet og vaksinasjon.

The Commonwealth Fund er en stiftelse i USA som har som formål å styrke helsetjenestesystemer med bedret tilgjengelighet, kvalitet og effektivitet. Commonwealth Fund gjennomfører helsesystemundersøkelser årlig i en rekke land, og Norge deltok for sjette gang i 2014. Resultatet fra 2014-undersøkelsen viste at Norge skårer bedre enn gjennomsnittet av de andre landene på en del områder, dårligere enn gjennomsnittet på andre områder.

## 2.2 Komiteens merknader

Komiteen mener det er et betydelig kvalitets- tegn når norsk helsetjeneste kommer godt ut i OECD-rapporten fra 2014 – Health at a Glance: Europe 2014 – som inneholder sammenlignbare data fra 35 europeiske OECD-land. På de aller fleste områdene som måles scorer Norge høyt. Komiteen er samtidig opptatt av at det rettes særlig oppmerksomhet mot de områdene der Norge skårer noe dårligere, som for eksempel pasientsikkerhet og vaksinasjon. Komiteen vil understreke at ikke alt er sammenlignbart og at det derfor er nødvendig å foreta grundige faglige vurderinger av når det er fruktbart å anvende internasjonale data på norske forhold, samt å sikre gode nasjonale data.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, merker seg at Norge skårer noe dårligere når det gjelder vaksinasjon. Vaksiner er ett av de mest effektive verktøyene vi har i det forebyggende helsearbeidet, og har en risikoreducerende effekt for utvikling av sykdommer som krever antibiotikabehandling. Norge har ingen andre systematiske programmer for vaksinasjon av befolkningen utover barnevaksinasjonsprogrammet, med unntak av tilbud om sesonginfluensavaksine til eldre og spesielle målgrupper.

## 3. Pasient- og brukerombudene

### 3.1 Sammendrag

I 2014 mottok landets pasient- og brukerombud 14 063 saker. På bakgrunn av sakene som ombudene har hatt til behandling i 2014, trekkes flere tema frem i den felles årsmeldingen som særskilt viktige.

#### *Fastlegenes rolle i helsetjenesten må evalueres*

Fastlegenes rolle og kvaliteten på deres tjenester ble berørt i 2 264 saker i 2014. Det klages på pasient-skader, komplikasjoner, oppførsel, sen eller feil diagnose, dårlig eller sen henvisning, spørsmål knyttet til medisiner, ulike problemer knyttet til egenandel og betalingsformer og ikke minst, mangel på informasjon. Ombudene anbefaler:

- Fastlegenes rolle i helsetjenesten må evalueres
- Pasienter må tilbys kopi av henvisninger, epikriser og prøvesvar
- Pasienter som bruker flere legemidler skal alltid få med seg en oppdatert legemiddelliste etter konsultasjon hos fastlege

#### *Sykehjem – tid for handling*

I 2014 ble det registrert 1 209 saker om sykehjem- en økning fra året før på 35 prosent. Ombudene anser det dokumentert at sykehjemstilbudet har store og alvorlige mangler som fører til at enkeltmennesker ikke får nødvendig helsehjelp, og at grunnleggende rettssikkerhetsgarantier blir tilsidesatt.

Ombudene etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sykehjemstilbudet i Norge samsvarer med pasient- og brukerrettighetslovens grunnleggende formål, som er lik tilgang på tjenester, tjenester av god kvalitet og ivaretagelse av respekten for den enkelte. Ombudene anbefaler:

- Helsetjenestene i kommunene må innlemmes i meldeordningene til Nasjonalt kunnskapssenter og Statens helsetilsyn
- Det bør i større grad føres stedlig tilsyn med sykehjem, og pasienter og pårørende må involveres i tilsynet

#### *Samhandlingsreformen på rett spor?*

Ombudene fremholder at pasientene blir taperne når kommuner og helseforetak skylder på hverandre når samhandlingen svikter. Skal samhandlingsreformen lykkes, må de involverte parter prioritere styrking av samarbeidet fremfor ansvarsfraskrivelse. Ombudene etterlyser i den forbindelse større åpenhet om hva som er realitetene.

Ombudene fremhever at pasienter med psykiske plager og rusavhengige erfarer at mangelen på botilbud og kommunale tjenester vanskeliggjør overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommune. Ombudene anbefaler:

- Epikrise må følge med når en pasient skrives ut fra sykehus til hjelpetiltak i kommunen. Det er sykehuset som må beskrive hjelpebehovet, men kommunen avgjør hvordan behovet skal dekkes

#### *Følges pasient- og brukerrettighetene?*

God saksbehandling, grundig og troverdig klagebehandling og oppfølging fra tilsynsmyndighetene er vesentlige rettssikkerhetsgarantier for pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester. Ombudene ser en rekke bekymringsfulle trekk ved kommunal saksbehandling, klagebehandling og ved tilsynsvirk-somheten. Ombudene anbefaler:

- Det må iverksettes tiltak for å styrke kompetansen til kommunale saksbehandlere
- Pasienter, brukere og pårørende må tilbys en felles og oppdatert serviceerklæring med kortfattet informasjon om sine rettigheter

- Helseforetakene må sørge for at klager behandles i samsvar med klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven
- Tilsynsmyndighetene må ha tilstrekkelige ressurser og en organisering som bidrar til kortere saksbehandlingstid og bedre begrunnede avgjørelser, samt ivaretar sin uavhengige rolle overfor helse- og omsorgstjenesten

### 3.2 Komiteens merknader

#### *Fastlegenes rolle i helsetjenesten må evalueres*

Komiteen viser til at fastlegene er en bærebjelke i helse- og omsorgstjenesten, og at ordningen fungerer godt for mange pasienter. Blant annet viser internasjonale undersøkelser at flere i Norge opplever å ha en fast lege og god tilgjengelighet utenfor kontortid. Komiteen mener likevel at det er grunn til å merke seg klagen som kommer inn på denne tjenesten. Komiteen viser til at pasient- og brukerombudene er bekymret for fastlegenes evne og kapasitet til å bidra med nødvendig informasjon, og at fastlegene må sette av tilstrekkelig tid i møtet med den enkelte. Komiteen legger merke til at pasient- og brukerombudene har konkrete forslag om at pasientene må tilbys kopi av henvisninger, epikriser og prøvesvar, og at pasienter som bruker flere legemidler alltid må få med seg oppdatert legemiddelliste etter konsultasjon hos fastlege. Komiteen mener at forslagene er fornuftige, og ber regjeringen vurdere tiltak som kan sikre disse.

Komiteen merker seg at det er behov for bedre informasjon til pasientene slik at de har best mulig kunnskap om egne legemidler og riktig bruk av disse. Komiteen viser til Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen. Riktig bruk – bedre helse, der det opplyses:

«I § 25 i fastlegeforskriften som trådte i kraft 1. januar 2013, går det fram at fastlegen skal gjennomføre en legemiddelgjennomgang for listeinnbyggere som bruker fire legemidler eller mer når dette anses nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Fra mai 2013 kan fastlegene bruke en egen takst ved gjennomføring av en legemiddelgjennomgang. I første avtaleår (2013–2014) ble taksten utløst om lag 100 000 ganger. Departementet la til grunn et betydelig høyere antall ved innføringen av taksten. Det vil være ønskelig med en økning i frekvensen, og utviklingen vil bli fulgt i tiden fremover.»

Komiteen deler regjeringens oppfatning og mener fastlegene har et særlig ansvar for å sørge for at frekvensen på legemiddelgjennomgang står i forhold til pasientenes behov og at frekvensen i dag er for lav. Komiteen merker seg pasient- og brukerombudenes ønske om en evaluering av fastlegeordningen og viser i den forbindelse til Innst. 40 S

(2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015) Primærhelsemeldingen, der flertallet skriver:

«Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre vil peke på at fastlegene utgjør en viktig og helt sentral del av primærhelsetjenesten. Fastlegene gjør helsehjelp lett tilgjengelig for folk, sikrer kontinuitet i tjenesten til befolkningen og bidrar til helhetlige pasientforløp. Samtidig vil flertallet påpeke at dagens organisering og finansiering av fastlegeordningen ikke i stor nok grad synes å legge til rette for godt samarbeid om forebygging. Derfor er det flertallets oppfatning at ordningen bør videreføres, men den må videreutvikles for å gjenspeile behovet i samfunnet. Flertallet mener det er nødvendig å gjennomgå organiseringen og finansieringen av fastlegeordningen.»

#### *Samhandlingsreformen på rett spor?*

Komiteen viser til at pasient- og brukerombudene finner det dokumentert at sykehjemstilbudet har store og alvorlige mangler som fører til at enkeltmennesker ikke får nødvendig helsehjelp, og at grunnleggende rettssikkerhetsgarantier blir tilsidesatt. Komiteen mener dette er særlig alvorlig fordi andre undersøkelser og rapporter, uavhengig av dette, viser samme utviklingstrekk. Komiteen viser i denne forbindelse blant annet til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015–2016) Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, der det oppgis redusert liggetid i sykehusene, spesielt for personer som skrives ut til videre oppfølging eller behandling i kommunen. Komiteen viser videre til at 95 prosent av kommunene opplever at pasientene er sykere når de overføres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten sammenlignet med før reformen, og at over 80 prosent av fastlegene mener at pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig til kommunen. En like stor andel av fastlegene mener reinnleggelser er en belastning for mange pasienter. Komiteen er særlig bekymret for at mange skrøpelige eldre gis mangelfull behandling og oppfølging.

Riksrevisjonen påpeker, slik ombudene også gjør, at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok. Komiteen viser til at riktig og nok bemanning i sykehjem og i hjemmesykepleien er svært viktig for kvaliteten i tilbudet. Komiteen mener det må bli enda større fokus på det systematiske pasientsikkerhetsarbeidet i kommunesektoren, særlig på sykehjem, og ber regjeringen sikre en utvikling som bidrar til dette.

Komiteen merker seg at pasient- og brukerombudene mener at kommunene må innlemmes i meldeordningen til Kunnskapscenteret om hendelser

som har eller kunne ført til betydelig skade på pasient og varselplikten til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser. Komiteen viser i den forbindelse til NOU 2015:11, der Arianson-utvalget blant annet skriver dette om melde- og varslingsplikten:

«Utvalget antar at en innføring av meldeplikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil føre til enda større åpenhet og at flere hendelser vil bli synliggjort og fulgt opp i virksomhetene. Det vil også bidra til å generere og spre kunnskap om risikoområder knyttet til disse tjenestetypene. Flertallet mener at en utvidelse av Meldeordningen må evalueres med tanke på funksjon og nytte, primært med følgeforskning. Utvalgets flertall bemerker videre at meldeplikten bør gjelde enten tjenesten ytes av kommunen selv eller etter avtale med kommunen, i og utenfor institusjon, og omfatte alle typer helse- og omsorgstjenester.»

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet slutter seg til disse vurderingene. Disse medlemmer merker seg at pasient- og brukerombudene mener at det i større grad bør føres stedlig tilsyn med sykehjem, og at pasienter og pårørende må involveres i tilsynet. Disse medlemmer slutter seg også til dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at pasient- og brukerombudene er særlig opptatt av sykehjemstilbudet og fastlegeordningen. Flertallet viser til at for å sikre bedre kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har regjeringen løftet frem nye, forsterkede tiltak i primærhelsemeldingen og i regjeringens plan for omsorgsfeltet (Omsorg 2020). Fastlegene er blant annet løftet frem i primærhelsemeldingen som en sentral aktør i en teambasert primærhelsetjeneste. Flertallet viser til at regjeringen skal vurdere endringer i regelverk for organisering og finansiering for å legge til rette for primærhelseteam.

Komiteen viser til at det skjer mye feil legemiddelbruk, og at risikoen for feilbruk er stor på sykehjem med eldre beboere som bruker mange forskjellige legemidler. I Meld. St. 28 (2014–2015), jf. Innst. 151 S (2015–2016), legges det opp til at legemiddelgjennomgang i sykehjem skal forskriftsfestes. Komiteen forventer at dette vil redusere feilbruk og overforbruk av legemidler blant sykehjemsbeboere og mener at systematiske legemiddelgjennomganger med fordel kan utvides også til å gjelde andre grupper. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (St. meld. 16 (2010–2011)) ble det anbefalt å gjøre legemiddelgjennomganger metodisk på sykehjem, i sykehus og for hjemmeboende pasienter med omfattende lege-

middelbruk. Helsedirektoratet ferdigstilte i 2012 en nasjonal veileder for legemiddelgjennomgang. Pasientsikkerhetskampanjen har – ifølge Norges Farmaceutiske Forenings høringsuttalelse – tall som viser at det hos 50–90 prosent av pasientene i hjemmesykepleien er uoverensstemmelse mellom medisinkortet i hjemmet og hos fastlegen.

Komiteen viser til at ombudene fremhever at pasienter med psykiske plager og rusavhengige erfarer at mangelen på botilbud og kommunale tjenester vanskeliggjør overgangen fra spesialisthelsetjeneste til kommune. Komiteen er bekymret for at tilbudet i kommunene ikke bygges ut slik at det står i forhold til økningen i det kommunale ansvaret for denne pasientgruppa. Dette påpekes også av Riksrevisjonen (Dokument 3:5 (2015–2016)) som slår fast at innenfor rus- og psykiatriområdet er ikke tilbudet i kommunene styrket i takt med nedbygging av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener at mennesker med rus- og psykiske helseutfordringer lenge har vært en nedprioritert pasientgruppe, og er glad for regjeringens omfattende arbeid med å styrke tilbudet til disse to gruppene. Flertallet viser til at Stortinget nå behandler opptrappingsplanen for rus, som regjeringen la frem i høst, og at regjeringens mål med planen er å løse utfordringene knyttet til tidlig innsats, behandling og ettervern og oppfølgingstjeneste. Flertallet viser til at opptrappingsplanen spisses mot personer som er i ferd med å utvikle eller som allerede har etablert et rusproblem, og at hovedinnsatsen rettes mot kommunesektoren, der målet er å bidra til økt kapasitet og bedre kvalitet i tilbudet til personer med rusproblemer.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet er enige i behovet for å styrke tilbudet til rus- og psykiatripasienter og forutsetter at opptrappingsplanen for rusfeltet bidrar til å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten for denne gruppen. Disse medlemmer viser til Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, som viser at antallet heldøgnsplasser til rusbehandling og psykiatri i spesialisthelsetjenesten har blitt redusert med nesten 10 prosent fra 2010 til 2014. Denne reduksjonen har ikke blitt kompensert med en tilsvarende styrking av tilbudet i kommunene.

Disse medlemmer mener det er usikkert om betalingsplikt er et egnet virkemiddel og at det i hvert fall er for tidlig å innføre det for rus- og psykiatripasienter i 2017. Disse medlemmer viser også til at regjeringen ikke har klargjort hvordan den gylne

regel om større vekst i psykiatri enn i somatikk skal forstås. Tall fra SAMDATA viste for 2014 0,4 prosent kutt i psykiatrien, mens somatikken vokste med 3 prosent.

Komiteen merker seg pasient- og brukerombudenes forslag om at epikriser må følge med når en pasient utskrives fra sykehus til hjelpetiltak i kommunene. Komiteen mener dette er et viktig tiltak.

### ***Følges pasient- og brukerrettighetene?***

Komiteen vil fremheve ombudenes påpekninger om en rekke bekymringsfulle trekk ved kommunal saksbehandling. Det etterlyses bedre tilsyn, økt saksbehandlerkompetanse, kortere saksbehandlingstid, at klager behandles i tråd med klagereglene i pasient- og brukerrettighetsloven og bedre begrunnede avgjørelser. Komiteen vil også legge til at Arian-son-utvalget i sine anbefalinger skriver at:

«Pasient- og brukerombudsordningen bør gjøres bedre kjent.»

Og at:

«Helsemyndighetene bør klargjøre arbeidsområdet for ombudene og vurdere utvidelse.»

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, slutter seg til forståelsen av at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten ikke er godt nok, og viser til Innst. 40 S (2015–2016), jf. primærhelsemeldingen, hvor samhandlingsreformen omtales i et eget kapittel.

Flertallet viser til at kommunenes nye plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold skal tre i kraft i 2016, og at plikten innen somatikk gradvis er blitt innfaset fra 2012. Plikten vil også omfatte brukere med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, men først fra 2017 for å gi kommunene tid til å etablere nødvendige tilbud.

Flertallet viser til at fokus i samhandlingsreformen i stor grad har handlet om samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester, og i mindre grad om manglende helhet og tverrfaglighet innad i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Flertallet vil derfor understreke at tverrfaglighet og det å arbeide sammen i team er noe regjeringen har stort fokus på, og som også blir fremhevet i primærhelsemeldingen. Flertallet viser til at ingen skal være seg selv nok, verken helsepersonell eller sykehus. Regjeringens fokus på arbeid i team og ikke minst ledelse i team, gjelder både i sykehus og i kommuner.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, vil også minne om at for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester, er kommuner og sykehus gjennom lov pålagt å inngå samarbeidsavtaler som skal være et sentralt verktøy for å bidra til at tjenestene blir mer samordnet, mer likeverdighet mellom partene og til utvikling av samhandlingskultur. Videre skal avtalene konkretisere oppgave- og ansvars plasseringen mellom avtalepartene og etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder som f.eks. innleggelse og utskriving, beredskap og prehospitalt akuttmedisinske tjenester.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet ser alvorlig på at svikt i overføring av informasjon fortsatt er et så omfattende problem for utskrivningsklare pasienter, slik det dokumenteres i Helsedirektoratets tilsynsrapport for 2015. Av 56 tilsyn ble det konstatert lovbrudd i 36 tilsyn. Svikten gjelder manglende informasjon om helsetilstanden og funksjonsvurdering til pasientene og legemiddeleinformasjon, noe som øker risikoen for at pasientene ikke får den oppfølging de har behov for. Tilsynet avdekket at både kommune og helseforetak ikke fulgte opp avtalte retningslinjer, og fylkesmennene peker på mangelfull oppfølging og kontroll fra ledelsen i mange virksomheter.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet vil understreke helseministerens ansvar for at intensjonene i samhandlingsreformen blir fulgt opp.

## **4. Statens helsetilsyn og fylkesmennene**

### **4.1 Sammendrag**

Tilsynsmeldingen er en årlig publikasjon der Statens helsetilsyn trekker frem ulike sider ved sosiale tjenester i Nav, barneverns- og helse- og omsorgstjenester. I tillegg er årsrapporten fra Statens helsetilsyn, tilsynsrapporter fra fylkesmennene og vedtakene i tilsynssakene sentrale dokumenter om tilsynsaktiviteter og funn.

Som ledd i det landsomfattende tilsynet som undersøkte om kommunene var kommet i gang med det løpende oversiktsarbeidet som er lovfestet i folkehelse- loven, ble det gjennomført tilsyn med 50 kommuner i 2014. Tilsynet viste at 35 av 50 kommuner har kommet i gang med å holde løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorene som kan påvirke denne. Det ble påvist lovbrudd i 15 av de undersøkte kommunene.



Videre gjennomførte fylkesmennene 50 planlagte tilsyn i spesialisthelsetjenesten i 2014. Det ble påvist brudd på lov- og forskriftskrav i 5 av de 7 systemrevisjonene som inngikk i det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge.

Det landsomfattende tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge gikk over to år og ble avsluttet sommeren 2014, og avdekket lovbrudd i alle helseforetak. Flesteparten av lovbruddene gjaldt mangler knyttet til utredning og diagnostisering.

I 2014 mottok Statens helsetilsyn i alt 414 varsler etter § 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven. 48 prosent av varslene var fra psykisk helsevern og 52 prosent var fra somatisk helsetjeneste. Statens helsetilsyn utgir hvert år en rapport med eksempler, erfaringer og oppsummeringer fra Undersøkelsesenshetens arbeid med varslene.

Mange varsler etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a omhandler svikt i håndteringen av akutte tilstander der tidsfaktoren er kritisk.

Statens helsetilsyn ser av varslene om alvorlige hendelser at dårlig samhandling ofte er årsak til svikt i behandlingen. Samhandlingsutfordringene kan være innenfor samme avdeling, mellom avdelinger innen samme helseforetak, mellom foretak og pårørende, og også mellom ulike tjenestenivåer. Statens helsetilsyn har i 2014 hatt flere saker som handler om uklare ansvarsforhold som følge av forskjellige funksjonsfordelinger for ulike typer tilstander.

Statens helsetilsyn har behandlet flere tilsynssaker som dreier seg om behandling av ADHD med for høye doseringer av sentralstimulerende legemidler. Dette er et brudd på forsvarlighetskravet i helsepersonelloven, og Statens helsetilsyn har gitt advarsler og i enkelte saker også tilbakekalt legers rett til å forskrive sentralstimulerende legemidler for å ivareta pasientsikkerheten.

Det skjer mange uønskede hendelser rundt bruk av legemidler. Det gjelder både legemiddelbehandling og legemiddelhåndtering. Uønskede hendelser knyttet til legemidler kan også skje i spesialisthelsetjenesten. Risikoen for alvorlige legemiddelfeil er særlig stor i overgangene mellom hjemmetjenesten og institusjoner og mellom ulike institusjoner.

Statens helsetilsyn behandler årlig et antall saker som gjelder legers forskrivning av vanedannende legemidler. I 2014 mistet seks leger og én tannlege retten til å rekvirere legemidler i gruppe A og B. I tillegg var det seks leger som ga frivillig avkall på retten til å rekvirere disse legemidlene.

Helsetilsynet har behandlet flere tilsynssaker der tjenestemottakere har forlatt bostedet sitt og utsatt seg for fare. Tjenestene må erkjenne og forholde seg til risikoen for at dette kan skje og iverksette nødvendige tiltak for å legge best mulig til rette for å trygge

tjenestemottakerne og redusere faren for alvorlige konsekvenser.

Tilsynssakene vedrørende legevakt kan dreie seg om faglig svikt hos helsepersonellet, svikt i kommunikasjon og samhandling internt, lang ventetid/reisetid mv. Årsakene er mange, som at pasientene er ukjente for helsepersonellet, at det må tas raske beslutninger eller at samtidighetskonflikter gjør at det må foretas raske prioriteringer.

Økt involvering av pasienter og pårørende i alt tilsyn er et satsingsområde for tilsynsmyndigheten de neste årene, og det er opprettet et eget prosjekt i forbindelse med dette arbeidet.

Det er viktig å jobbe videre med varslingskulturen i helsetjenesten. Alvorlige hendelser, hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko, skal varsles. Det er stor variasjon i hva som blir varslet, og helseforetakene gir uttrykk for at det er krevende å vite hva som regnes som påregnelig risiko. Det er satt i gang et arbeid for å klargjøre kriteriene for varsling.

## 4.2 Komiteens merknader

Komiteen merker seg Statens helsetilsyns og fylkesmennenes påpekninger. Komiteen mener det er bekymringsfullt at så mange kommuner ikke er kommet i gang med folkehelseslovens lovfestede krav om å ha oversikt over befolkningens helsetilstand. Komiteen mener det også er alvorlig at tilsynet med psykisk helsevern for barn og unge avdekket lovbrudd i alle helseforetak, spesielt knyttet til utredning og diagnostisering. Komiteen merker seg også at om lag halvparten av de 414 varslene etter § 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven, var knyttet til varsler fra psykisk helsevern. Dette viser spesielle pasientsikkerhetsutfordringer på området psykisk helsevern, som må tas på største alvor. Komiteen merker seg også at mange § 3-3a-meldinger omhandlet akutte tilstander. At Statens helsetilsyn ser av varslene at dårlig samhandling ofte er en årsak, viser at alvorlige hendelser faktisk er mulig å forebygge, og at det er avgjørende å forbedre samhandlingsutfordringen både i og mellom virksomhetsstedene. Komiteen mener det viktige er at de påpekte utfordringene og feilene som avdekkes fører til endringer og læring. Komiteen vil understreke at legevakt fremdeles er et område som det er risiko ved, og ber regjeringen følge nøye med på kvaliteten i tilbudet, både når det gjelder faglighet, kommunikasjon, samhandling, men også ventetid/reisevei. Komiteen slutter seg til søkelyset som Helsetilsynet har på varslingskulturen i helsetjenesten, og vil understreke at dette ikke kan realiseres uten at det etableres en generell åpenhetskultur. Komiteen mener det er behov for god involvering av pasienter og pårørende i alt tilsyn, og er glad for at dette skal være et satsingsområde for tilsynsmyndighetene de neste årene. K o -

miteen merker seg Arianson-utvalgets forslag på dette området. Komiteen viser til tilsynet med forskrivning av vanedannende legemidler, og mener det er alvorlig at unge mennesker og andre med ADHD-diagnoser feilmedisineres.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet vil spesielt fremheve Helseatlas' arbeid for å bidra til kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Atlas-tjenesten ble etablert i 2015 og skal belyse og analysere variasjon i befolkningens forbruk av helsetjenester. Den første rapporten sammenliknet de 12 mest vanlige dagkirurgiske inngrepene og viste at for ni av inngrepene var det betydelig geografiske forskjeller. Barneatlas gir en oversikt og analyse av forbruk av somatiske helsetjenester for barn. Det er også betydelige geografiske forskjeller. Disse medlemmer er opptatt av at Helseatlas-rapportene blir brukt aktivt i kvalitetsarbeidet og dermed også sikrer at helsetjenester blir mer likeverdig fordelt.

Komiteen mener det er behov for et kvalitetsløft ved de kommunale legevaktene, og viser til at det nylig ble fastsatt en ny akuttmedisinforskrift som et første skritt på veien for å styrke legevakt-tjenesten. I forskriften stilles det blant annet krav om kompetanse og svartider. Komiteen viser til at det i 2013 ble oppnevnt et offentlig utvalg, Akuttutvalget, som i desember 2015 la frem NOU 2015:17 Først og fremst. Utvalget hadde som mandat å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Komiteen viser til at utvalget ble nedsatt av den forrige regjeringen, og at den nåværende regjering valgte å videreføre utvalget, fordi det var behov for en ny gjennomgang av de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Det var da 15 år siden forrige utredning om de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus, og det har skjedd betydelige endringer i helsetjenesten siden den gang.

Komiteen viser til at helse- og omsorgsministeren gjorde noen endringer i mandatet, blant annet ble det utvidet slik at det også omfattet forslag til nasjonale krav til legevakt. Utvalget konkluderte blant annet med at Norge har en god akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus, men at det er forskjeller i tjenestetilbudet. Utviklingen de senere år har vist at de ulike tjenestene har en tendens til å sentralisere samtidig; legevakter blir interkommunale og ambulansestasjoner sentraliseres og blir færre. I tillegg fremhevet utvalget at det er god samfunnsøkonomi å møte akutt sykdom og skade tidligst mulig med fagkompetanse og effektiv transport, samt at befolkningen og

frivillige organisasjoner er en viktig aktør i akuttkjeden.

Komiteen mener Akuttutvalgets påpeking av behovet for god samhandling mellom kommuner og helseforetak i planleggingen av de akuttmedisinske tjenestene, er viktig.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at dette også er et sentralt budskap i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at regjeringen har lagt fram nasjonal helse- og sykehusplan, og mener Akuttutvalgets anbefalinger vil være viktige i arbeidet med å utvikle sykehusstruktur og gi en bedre akuttmedisinsk behandling før pasientene kommer på sykehus. Dette flertallet viser til at et viktig budskap i sykehusplanen er at endret oppgavedeling i sykehusene forutsetter en styrking av kapasiteten og kompetansen i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener det er urovekkende når Akuttutvalget påpeker at det mange steder har skjedd en samtidig sentralisering av legevakt, ambulans og akuttmottak. Dette medlem mener denne utviklingen truer befolkningens rett til god beredskap for liv og helse i hele landet. Dette medlem vil forskriftsfeste krav til responstid, samt pålegge kommuner og helseforetak å legge samordnede planer for dimensjonering av akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus. Dette medlem understreker at lang reisevei utgjør en trussel mot pasientsikkerheten.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at Kunnskapssenteret i sin kvalitetsmåling for 2014 på nasjonalt nivå målte en signifikant økning i overlevelse for hjerteinfarkt, hjerneslag og totaloverlevelse i perioden 2010–2014. Helse Sør-Øst har, som i fjor, lavere overlevelse enn referanseverdien for hjerneslag og hoftebrudd, men ikke lenger for totaloverlevelse. Helse Nord har lavere overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd, noe som ikke var tilfellet i fjorårets kvalitetsmåling. Helse Vest har høyere overlevelse for både hoftebrudd og totaloverlevelse, for fjoråret gjaldt dette bare hoftebrudd.

Kunnskapssenteret påpeker at ingen slik indikator alene kan beskrive behandlingskvaliteten ved et behandlingssted, og at flere indikatorer kan gi et inntrykk av den generelle kvaliteten ved virksomheten.

## 5. Norsk pasientskadeerstatning

### 5.1 Sammendrag

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) behandler erstatningskrav fra pasienter som mener de har fått en skade etter behandlingssvikt i helsetjenesten. En av NPEs forskriftfestede oppgaver er å bidra med statistiske data til helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebyggelse.

Antall saker meldt til NPE økte fra 5 065 i 2013 til 5 217 i 2014. I 2014 fikk 32 prosent medhold. NPE utbetalte erstatning på i alt 1 062 mill. kroner. Det er en økning på 116 mill. kroner fra 2013, og er det høyeste erstatningsbeløpet som er utbetalt i løpet av ett år.

I NPEs rapport for regionale helseforetak fremkommer det at NPE behandler flest saker innenfor de medisinske områdene ortopedi (37 prosent), svulster og kreftsykdommer (15 prosent), fødselshjelp og kvinnesykdommer (7 prosent), gastroenterologisk kirurgi (7 prosent) og psykiatri (5 prosent).

Rapport fra NPE for privat helsetjeneste viser nøkkeltall fra privat helsetjeneste fra 2009 til 2014. NPE har mottatt 2 491 saker i perioden. Antall saker har økt hvert år siden 2009 og utgjorde i 2014 11 prosent av sakene. Over halvparten av mottatte saker gjelder tannbehandling. Kirurger er den nest største helsepersonellgruppen med 17 prosent. Kirurgi er hovedsakelig knyttet til de tre medisinske områdene plastikk-kirurgi, ortopedi og gastroenterologisk kirurgi. Hele 74 prosent av medholdssakene i privat helsetjeneste er knyttet til svikt i behandlingen. Svikt i diagnostikk er årsak til medhold i 13 prosent av sakene, smitte eller infeksjon i 7 prosent og informasjonssvikt i 2 prosent av sakene.

NPE bidrar i pasientsikkerhetsarbeidet først og fremst ved å gjøre skadestatistikk og informasjon om læringsverdien av sakene sine tilgjengelig for helsetjenesten og -myndighetene.

### 5.2 Komiteens merknader

Komiteen merker seg at antall saker som meldes inn til NPE, har økt og at utbetalingene også har økt. Komiteen merker seg at svikt i behandlingen er hyppigste årsak til medhold, og at forsinket eller feil diagnose utgjør den nest største andelen. Komiteen viser til at NPE sitter på et stort datamateriale og vil særlig understreke NPE sitt bidrag til pasientsikkerhetsarbeidet ved å gjøre statistikk og informasjon om læringsverdi tilgjengelig. At NPE legger vekt på å opprette faste kontakter og møter med viktige aktører i helsetjenesten, mener komiteen er en positiv utvikling som forhåpentligvis kan bidra til økt pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene.

## 6. Kunnskapssenterets meldeordning

### 6.1 Sammendrag

Helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten har etter § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven plikt til å sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingene skal brukes for å avklare årsaker til hendelser og for å forebygge at tilsvarende skjer igjen. Kunnskapssenteret gir tilbakemeldinger til tjenesten med råd og forslag til videre håndtering av uønskede hendelser.

Meldeordningen mottok 9 536 meldinger i 2014. Dette er like mange som i 2013.

I 19 prosent av meldingene var hendelsene assosiert med betydelig personskade eller død. Av disse var det 137 selvmord. I 34 prosent av hendelsene var det ikke registrert skade på pasient, mens de resterende hendelsene førte til mild eller moderat skade på pasient. Alle innmeldte hendelser er potensielt alvorlige, og i et læringsperspektiv er alle meldinger viktige.

Et fellestrekk var at problemer vedrørende kommunikasjon, informasjonsflyt og IKT-løsninger har vært bidragende faktorer til at hendelsene skjedde.

### 6.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at antall innmeldte hendelser er stabilt fra foregående år. Komiteen merker seg at SINTEFs evaluering viser at meldeordningen blant annet har bidratt til at det er blitt enklere å melde, og at ordningen har ført til større oppmerksomhet om meldekultur og læring. Komiteen mener dette er svært positivt. Komiteen merker seg at dokumentasjons- og informasjonsprosesser ifølge Kunnskapssenteret synes å være et viktig innsatsområde for økt pasientsikkerhet. Kurveføring synes å være det området med størst forbedringspotensial for økt pasientsikkerhet, særlig for uønskede legemiddelhendelser. Komiteen er tilfreds med at Kunnskapssenteret i 2014 har publisert tre læringsnotater som er distribuert vidt for å bidra til læring på tvers av virksomheter, og mener slike læringsnotater er svært viktige og ønskelige i pasientsikkerhetsarbeidet. Komiteen viser også til at nytteverdien av slike læringsnotater er vurdert høyere enn tilbakemeldinger på enkelthendelser.

Komiteen viser til Norges Farmaceutiske Forønings høringsuttalelse der det påpekes at 1 569 av hendelsene til Kunnskapssenteret i 2014 gjaldt legemidler og at feil ved utdeling av legemidler forekom hyppigst, noe som indikerer at det er et stort potensial for bedre pasientsikkerhet ved økt bruk av farmasøytisk kompetanse ved legemiddelgjennomgang, vei-

ledning og kvalitetssikring. Komiteen merker seg at det i meldingen påpekes at det generelt skjer mange uønskede hendelser knyttet til bruk av legemidler og at dette gjelder både legemiddelbehandling og -håndtering. Særlig overgangen mellom hjemmetjenesten og institusjoner og mellom institusjoner viser seg å være en risikofase for alvorlige legemiddelfeil. Komiteen mener dette viser at særlig innsats må rettes mot samhandlingen i denne fasen, men også at ikke medisinsk-faglig begrunnede pasientforflytninger må unngås.

Komiteen viser til Meld. St. 28 (2015–2016) Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse og Innst. 151 S (2015–2016), der en samlet komité viser til at legemiddelhåndteringsforskriften stiller krav til at «en oppdatert og samstemt liste over legemidler i bruk, skal i forståelse med pasienten, alltid følge pasienten ved skifte av omsorgsnivå». Fastlegeforskriften stiller også krav om at fastlegen skal ha en oppdatert legemiddelliste. Komiteen viser videre til at en samlet komité i sine merknader ba regjeringen prioritere arbeidet med legemiddelsamstemming og gode elektroniske systemer for å sikre oversikt over legemidler i bruk. En samlet komité sa seg også enig i at multidose er en god løsning for å sikre riktig dispensering av legemidler, og ba regjeringen sørge for at det etableres systemer for elektronisk ordinasjon av multidose til alle aktuelle pasienter, uavhengig av omsorgsnivå.

## 7. Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem

### 7.1 Sammendrag

Det er et overordnet mål å utvikle kvalitetsindikatorssystemet til å bli et bærekraftig og helsepolitisk relevant system for realistiske sammenligninger på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

Helsedirektoratet fikk fra januar 2012 et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for hele helse- og omsorgstjenesten.

Antall nasjonale kvalitetsindikatorer økte fra 54 indikatorer i 2013 til 66 i 2014. De nasjonale kvalitetsindikatorerne fordeler seg på områdene somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern, rus og kommunale helse- og omsorgstjenester. 49 av de 66 indikatorerne er for spesialisthelsetjenesten. Kvalitetsindikatorerne dekker svært få fagområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og noen flere, men langt fra alle i spesialisthelsetjenesten.

Utfordringene ved å utvikle og publisere kvalitetsindikatorer er først og fremst knyttet til mangel på data innenfor en rekke områder og varierende datakvalitet i de kildene som finnes. Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal så langt det er mulig, benytte seg av eksisterende registre og datakilder. I dag

foreligger det ikke et entydig kodeverk på alle fagområder, og det er utfordringer med enhetlig forståelse og bruk av kodeverk, noe som påvirker registreringspraksis i tjenesten. Det kan mangle rapportering fra enkelte behandlingssteder og det kan være mangelfull rapportering.

I tillegg er innsamling og kvalitetssikring av data tidkrevende. Mange av registrene og datakildene er ikke er i stand til å levere data før en god stund etter at dataene er samlet inn. Noen kilder samler dessuten inn data kun årlig. Resultatene av indikatorene kan derfor ofte oppleves å ha relativt liten aktualitet.

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et sett av indikatorer som sier noe om strukturer, prosesser og resultater, og til sammen skal de si noe om kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Ved å etablere en «pakke» av kvalitetsindikatorer kan det gis et mer samlet bilde av kvaliteten på helsetjenesten innenfor et fagområde.

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester uavhengig av hvem pasienten er og hvor i landet man befinner seg. Forskjeller i praksis og utførelse av helsetjenester over tid kan derfor gi en indikasjon på at pasientene ikke mottar et likeverdig tilbud, og at behandlingstilbudet varierer i urimelig grad mellom behandlingssteder. Nasjonale kvalitetsindikatorer kan bidra til å vise forskjeller i praksis over tid.

Meldingen presenterer flere eksempler på fagområder der man ved hjelp av kvalitetsindikatorer ser betydelige forskjeller over tid, generelt dårlig resultat fra måltall, liten forbedring over tid og ikke minst god utvikling over tid.

### 7.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at nasjonal kvalitetsindikatorsystem skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang på helse- og omsorgstjenester, uavhengig av hvem man er eller hvor man bor. Komiteen mener at uønsket forskjell i praksis må reduseres, og at bruk av kvalitetsindikatorer kan bidra til dette. Komiteen mener at reinnleggelser er spesielt viktige å følge med på, og merker seg at store kommuner gjennomgående har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelser av eldre. Komiteen merker seg også at pasienter med KOLS/astma er den pasientgruppen som hyppigst blir innlagt på nytt innen 30 dager. Komiteen ber regjeringen følge nøye med på reinnleggingsgraden på sykehus.

Komiteen viser også til arbeidet med å få ned antall sykehusinfeksjoner, og merker seg at nivået de siste årene holdes stabilt på om lag 5 prosent. Komiteen merker seg at forekomsten i perioden 2009–2012 lå på rundt 6 prosent. Komiteen ser at dette er en forbedring, men mener det bør være mulig

å redusere forekomsten av sykehusinfeksjoner ytterligere. Komiteen ber regjeringen ha fokus på dette, og også vurdere høy beleggsprosent og korridorpasienter som risikofaktorer her. Færre sykehusinfeksjoner er generelt viktig for å få ned bruken av antibiotika generelt og spesielt bruk av bredspektrert antibiotika på sykehus. Dette er viktig for å hindre spredning av antibiotikaresistente bakterier i helsevesenet.

Komiteen viser til at i oppdragsdokumentet til sykehusene for 2016 er det et mål om at andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 prosent. For 2016 er de regionale helseforetakene gitt i oppdrag å sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens. Komiteen er kjent med at som ledd i etableringen av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes.

Komiteen viser til at Statens helsetilsyn i en rapport fra 2001 anbefalte et gjennomsnittlig belegg på 85 prosent for planlegging av drift ved avdelinger med høy andel øyeblikkelig hjelp-innleggelse. I tillegg anbefalte Helsetilsynet et belegg opp mot 90–95 prosent ved avdelinger med hovedsakelig planlagt virksomhet.

Komiteens flertall, alle unntatt medlemmet fra Senterpartiet, viser til at i etterkant av denne rapporten har det blant annet skjedd endringer i behandlingsmetoder (mer bruk av dagkirurg mv.), utbygging av kommunale tjenester og kortere liggetider. Flertallet mener at beleggsprosenten i seg selv derfor ikke er et godt nok mål på kvalitet og kapasitet.

Flertallet viser også til at det er helseforetakenes ansvar å sørge for ansvarlig drift med hensyn til utnyttelse av kapasitet og kvalitet på tjenestene, og at all aktivitet må planlegges ut fra pasientens behov. Flertallet mener derfor at det er avgjørende at alle helseforetakene ser på sammenhengen mellom beleggsprosent og kvalitet – dvs. om det er forsinkelser i pasientforløp, opphopning av pasienter i akuttmottak, sykefravær hos ansatte og om det er økt forekomst av sykehusinfeksjoner og korridorpasienter.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil allikevel beklage at korridorpasienter dessverre har vært et uheldig trekk i norske sykehus, og er oppmerksom på at dette er en kvalitetsindikator som helsemyndigheter, sykehuseiere og helsepersonell har vært opptatt av. Dette flertallet viser til at de siste årene har vært en reduksjon i andelen korridorpasienter, og at det i

oppdragsdokumentet for 2016 er et mål om at det ikke skal være korridorpasienter.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at når pasientbelegget blir over 92,5 prosent, øker dødeligheten signifikant (undersøkelse Tyskland). Gjennomsnittlig beleggsprosent ved norske sykehus er over 90 prosent, og dette utgjør en potensiell fare for pasientsikkerheten. Dette medlem viser til at Senterpartiet ønsker å gjøre som Storbritannia har gjort, å innføre en forsvarlighetsgrense for sykehusbelegg på 85 prosent.

Dette medlem viser til at reduksjonen i antall korridorpasienter har skjedd samtidig som 95 prosent av kommunene opplever at pasientene er sykere når de overføres til den kommunale helse- og omsorgstjenesten sammenlignet med før samhandlingsreformen, og at over 80 prosent av fastlegene mener at pasienter ofte blir skrevet ut for tidlig til kommunen (Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen, Dokument 3:5 (2015–2016)). Dette medlem viser til at gjennomsnittlig liggetid på sykehus er lav i Norge sammenlignet med andre OECD-land. Bare Israel og Tyrkia har kortere liggetid for pasienter på sykehus. Dette medlem mener god kvalitet og pasientsikkerhet i framtiden forutsetter at Norge bygger opp sengetallene i sykehus og innfører en forsvarlighetsgrense for belegg.

Komiteen ser positivt på at alle helseregioner har klart å øke andelen epikriser sendt ut innen én og syv dager i 2014 i forhold til 2013. Unntaket er på området tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Komiteen ber regjeringen følge opp dette.

Komiteen viser til at mange høringsinstanser har forslag til hvilke kvalitetsindikatorer systemet bør suppleres med og at det er viktig at fagmiljøene er involvert i dette arbeidet. Kreftforeningen peker blant annet på at det er viktig å innlemme brukeropplevd kvalitet som en del av et arbeid med i større grad å involvere pasienter og pårørende. Unge Funksjonshemmede mente i høringen at ungdoms- og brukermedvirkningen bare får overflattisk behandling i meldingen. Komiteen mener pasientenes opplevelse av kvalitet er en indikator på om helsetjenesten lykkes i sitt arbeid, og om politiske beslutninger understøtter helse- og omsorgsarbeidernes mulighet til å lykkes. Komiteen vil blant annet vise til Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttets årlige PasOpp-rapporter, som ved hjelp av spørreundersøkelser blant pasienter måler den pasientopplevde kvaliteten.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at epikrisetid følges

opp (på alle områder) i årlig melding fra de regionale helseforetakene, og at den neste kommer i mars 2016.

## 8. Departementets oppsummering

### 8.1 Sammendrag

Departementet finner at det gjennomgående er utfordringer innen områdene (i) kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende og (ii) kompetanse, læring og ledelse.

#### *Pasientens helsetjeneste – trygge tjenester, koordinerte pasientforløp*

Regjeringens ambisjon er å skape pasientens helsetjeneste. Sett fra pasientens ståsted er det en selvfølge at unødig skade skal unngås i møtet med helse- og omsorgstjenesten. Likevel er det altfor mange pasienter som blir unødig skadet som følge av ytelser eller mangel på ytelser i tjenesten.

Selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon, bildeskript, samvalgsverktøy og utvikling av velferdsteknologi er viktige virkemidler for å oppnå bedre kommunikasjon og mer likeverdige tjenester. Det er en særlig utfordring å sikre at alle pasientgrupper forstår språket og informasjonen som gis.

Pårørendeprogrammet for en aktiv og framtidigrettet pårørendepolitikk (2014–2020) videreføres. Høsten 2015 sendte departementet på høring et forslag om styrket pårørendestøtte i helse- og omsorgstjenesteloven.

Den nasjonale nettportalen helsenorge.no skal være den viktigste offentlige informasjonskilden og kommunikasjonskanalen for pasienter og brukere. Portalen har selvbetjeningstjenester som gir pasienten innsyn i blant annet resepter og kjernejournal. På sikt er det et mål at hver innbygger skal ha én journal der nødvendige helseopplysninger er samlet. Helse- og omsorgsdirektoratet utreder hvordan målet kan realiseres teknisk, organisatorisk og juridisk.

Flere kommuner prøver ut velferdsteknologi for trygghet og mestring gjennom Nasjonalt program for utvikling og innføring av velferdsteknologi 2014–2020. For å sikre en helhetlig tjeneste hvor systemer fungerer sammen, er det nødvendig å ta i bruk felles standarder for velferdsteknologi. Regjeringen vil legge til rette for å ta i bruk velferdsteknologi og mobil helseteknologi (m-helse) for behandling og oppfølging av personer med kroniske sykdommer.

Mange hendelser som meldes til Kunnskapssenteret, Norsk pasientskadeerstatning, Helsetilsynet og pasient- og brukerombudene skyldes svikt i pasientadministrasjon og brudd i pasientforløpene. Digitale verktøy, som elektronisk pasientjournal og pasientadministrative systemer, er nødvendig for at helse-

personell kan håndtere og ha lett tilgang til nødvendige helseopplysninger. Svikt i systemene kan føre til at informasjon som har avgjørende betydning for behandlingen, ikke er tilgjengelig og at pasienter ikke blir innkalt i tide.

I 2015 er det innført 28 pakkeforløp for kreft. Alle helseregionene har etablert tverrfaglige diagnosesentre for pasienter med mistanke om kreft eller annen alvorlig sykdom. Målet er gode og forutsigbare pasientforløp og at diagnosen stilles raskere ved at flest mulig undersøkelser gjøres samtidig. De gode erfaringene med pakkeforløp og diagnosesentre for kreft, gjør at det er satt i gang arbeid med å utvikle pakkeforløp for hjerneslag. Det vil dessuten bli utarbeidet pakkeforløp innen psykisk helse og rus.

Pasient- og brukerombudene er særlig opptatt av sykehjemstilbudet og fastlegeordningen. For å sikre bedre kvalitet i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har regjeringen løftet frem nye og forsterkede tiltak i meldingen om primærhelsetjenesten og i regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015–2020 (Omsorg 2020). Fastlegens rolle i flerfaglige team i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er omtalt i meldingen.

Et sentralt tiltak i stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten er å utvikle primærhelseteam og oppfølgingsteam. En teambasert førstelinjetjeneste vil gi et mer samordnet tilbud, bedre tilgjengelighet, større bredde i tjenestetilbudet og riktigere bruk av personellet. Primærhelseteamet vil være befolkningens primære kontaktpunkt med helse- og omsorgstjenesten. Regjeringen vil vurdere endringer i regelverk for organisering og finansiering for å legge til rette for primærhelseteam.

Et forsøk med statlig finansiering av omsorgstjenestene skal settes i gang i 2016. Målet er å finne ut om nasjonale tildelingskriterier og statlig finansiering gir økt likebehandling på tvers av kommunegrensene og riktigere behovsdekning. Et annet tiltak er forslag om lovfestet rett til heldøgns pleie og omsorg. Et tredje tiltak er å øke kapasitet og kvalitet i omsorgssektoren ved hjelp av investeringstilskuddet til heldøgns omsorgsplasser. Kommunene kan motta tilskudd til utbygging, utskiftning og renovering av heldøgns omsorgsplasser. Regjeringen har styrket tilskuddet ved å øke gjennomsnittlig tilskuddsandel per plass fra 35 til 50 prosent av maksimal godkjent anleggskostnad, samt økt tilskuddet for pressområdekommuner. Regjeringen har videre vedtatt å videreføre investeringstilskuddet etter 2015. Det er innledet et samarbeid med KS om et løpende planarbeid for å kartlegge framtidige behov for heldøgns omsorgsplasser. Planarbeidet vil bygge på en forutsetning om netto tilvekst av heldøgns omsorgsplasser. Investeringstilskuddet er en sentral del av regjeringens sat-

sing på omsorgstjenestene, og må ses i sammenheng med andre viktige tiltak i Omsorg 2020.

Regjeringen vil etablere et prosjekt som skal utvikle en trykghetsstandard for kvalitet i sykehjem. Trykghetsstandarden skal bidra til at beboere på sykehjem skal ha et godt og likeverdig tilbud. Bruker- og pårørendeorganisasjoner, KS og yrkesorganisasjonene samt aktuelle fagmiljø er invitert til å delta i prosjektet.

### **Kompetanse, læring og ledelse**

Systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenesten. Ledere som arbeider nær pasienten eller brukeren, har en nøkkelrolle. Arbeidet skal forankres i toppledelsen, og ledelsen skal etterspørre resultater for kvalitet og pasientsikkerhet. Ledelsen må ha kunnskap om virksomhetens kompetanse og områder med risiko for svikt.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid handler om å skape en lærende kultur i organisasjonen. Åpenhet om kvalitet og uønskede hendelser er en forutsetning, og flere virksomheter har ivaretatt dette. Avgjørende for å lykkes er evne og vilje til å forandre og forbedre, god ledelsesforankring på alle nivåer og et system og en kultur som stimulerer til læring og forbedring på tvers av avdelinger og personellgrupper.

God ledelse er avgjørende for faglig utvikling, god kvalitet og innovasjon. Personell og kompetanse er lederens viktigste ressurser. God planlegging og styring av personellressursene er grunnleggende for at virksomheten kan yte gode helse- og omsorgstjenester. God ledelse og planlegging er avgjørende for gode tjenester, faglig utvikling og forbedring av tjenestene. Meldingen gjør rede for tiltak for å styrke kompetansen blant ledere i helsesektoren.

Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» (2014–2018) videreutvikles. Programmet tilbyr verktøy for ledere og helsepersonell for bedre pasientsikkerhet. Spesialisthelsetjenesten er gjennom oppdragsdokumentet pålagt å delta i programmet, mens kommunene inviteres og oppfordres til å delta. Mange kommuner bruker tiltakspakkene, men det er behov for å knytte arbeidet tettere til ledelsesnivåene i kommunen.

Nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer skal bidra til kunnskapsbasert praksis og gi oss kunnskap om kvaliteten i tjenesten. For å kunne forvalte, lede og utvikle tjenesten, er det behov for data om ulike forhold i helse- og omsorgstjenesten. Det er etablert flere nye kvalitetsindikatorer de siste årene. Systemet skal videreutvikles, og pasientopplevd kvalitet skal tillegges like stor vekt som faglige indikatorer. I dag finnes det 13 nasjonale kvalitetsindikatorer innen kommunale helse- og omsorgstjenester, hvorav fire for omsorgssekto-

ren. Det er behov for flere slike indikatorer. Helsedirektoratet arbeider med indikatorer som gir informasjon om brukernes tjenestetilbud, herunder muligheter for å ha en aktiv og meningsfull tilværelse med andre. De har også fått i oppdrag å utvikle bruker- og pårørendeundersøkelser som metode for kvalitetsutvikling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Nasjonal helseregisterstrategi skal sikre modernisering og samordning av sentrale helseregistre og nasjonale medisinske kvalitetsregistre, og den skal legge til rette for at disse utnyttes enda bedre som datakilde. Norge har 52 medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status. Registerne publiserer årlig informasjon om kvalitet og resultater av behandling ved norske sykehus på kvalitetsregistre.no. Fortsatt mangler vi datagrunnlag på mange områder. Departementet vil legge frem et lovforslag om å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å forberede etablering av registeret. Psykisk helsevern og rus er fagområder der det er behov for bedre datagrunnlag. Norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser fikk nasjonal status i 2015, som det første innen psykisk helsevern. Nasjonalt folkehelseinstitutt utreder etablering av et fellesregister for psykisk helse og rus.

### **Fremme helse og mestring**

Personer som trenger hjelp av helse- og omsorgstjenesten skal oppleve at de får god og riktig hjelp og ikke utsettes for unødige komplikasjoner og skader. Regjeringen vil samtidig stimulere til helsefremmende tiltak for å forebygge sykdom og bidra til mestring.

Antibiotikaresistens er en av de største helsetruslene verden står overfor. Regjeringen vedtok i juni 2015 en tverrdepartemental Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020). Målet er å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utgangen av 2020.

Helse- og omsorgstjenester til barn og unge er et viktig satsingsområde for regjeringen. Den sterke veksten i ressursinnsatsen i psykisk helsevern for barn og unge har bidratt til at stadig flere får behandling. Vi har sett en gradvis nedgang i ventetid til behandling de senere årene. Helsedirektoratet har laget en strategi for å sikre tverretattlig oppfølging av barn og unges psykiske helse, og det gis tilskudd til satsinger for barn og unge i skolealder. Regjeringen vil i 2016 følge opp vedtaket fra Stortinget om å fremme en opptrappingsplan som skal redusere forekomsten av vold i nære relasjoner samt styrke ivaretagelsen av barn utsatt for vold og overgrep, jf. Innst. 315 S (2014–2015).

Forebyggende tjenester og tidlig innsats gjennom helsestasjons- og skolehelsetjenesten er de viktigste tjenestetilbudene for å fremme helse og mestring

blant barn og unge. Det er igangsatt et arbeid med en ungdomshelsestrategi som skal dekke aldersgruppen 13–25 år. Strategien skal belyse hvordan man sikrer tilgjengelighet, kapasitet og godt koordinerte tjenester til ungdom, også nettbaserte tjenester. Et panel bestående av ungdom med ulike bakgrunn skal gi innspill til strategien. Utviklingen av gode helse- og omsorgstjenester til barn, unge og deres familier må ses i sammenheng med annet arbeid rettet mot denne gruppen, som regjeringens strategi mot barnefattigdom, ungdomshelsestrategien, Trygghet, deltakelse og engasjement – regjeringens arbeid for barn og ungdom, og det tverrdepartementale samarbeidet om utsatte barn og unge mellom 0–24 år.

## 8.2 Komiteens merknader

Komiteen merker seg at departementet finner at det gjennomgående er utfordringer innen områdene (i) kommunikasjon og involvering av pasienter og pårørende og (ii) kompetanse, læring og ledelse. Komiteen vil legge til at organiseringen av tjenestene, samhandlingen mellom nivåene og bemannings- og ressursituasjonen også er faktorer som i høy grad påvirker kvalitet og pasientsikkerheten.

### *Pasientens helsetjeneste – trygge tjenester, koordinerte pasientforløp*

Komiteen merker seg at regjeringen gir en oppsummering av noen av tiltakene som er igangsatt og stortingsmeldinger som er vedtatt, som skal være et bidrag til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Komiteen viser til at Kreftforeningen i sin høringsuttalelse er positive til innføringen av pakkeforløp for kreftbehandling, men er kritiske til at OUS oppnår dårligere resultater enn andre sykehus.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til at mangelfull kommunikasjon og informasjon er en av de utfordringene som er gjennomgående for hele helsefeltet. Disse medlemmene mener at bedre mulighet for elektronisk kommunikasjon er viktig for å skape god samhandling, mer pasientinvolvering og bedre bruk av helseressurser. Utvikling av gode og effektive elektroniske kommunikasjonsverktøy må prioriteres høyt, både i forhold til pasienten, men også mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten.

### *Kompetanse, læring og ledelse*

Komiteen viser 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. En avgjørende

forutsetning for en lærende kultur er åpenhet om feil og vilje til endring. Komiteen understreker at ansatte på alle nivåer i helsetjenesten må være trygge på at det er ønsket at de skal ta sin yringsfrihet i bruk. En åpenhetskultur skapes ved at ledelsen – fra departementet, Stortinget og nedover i systemene – er tydelige på at dette er ønsket. Komiteen er derfor bekymret for tilbakemeldinger som tyder på at det er for mange i helsetjenesten som opplever det motsatte av en åpenhetskultur. Komiteen vil derfor understreke at det er avgjørende for Stortingets arbeid at et så komplett bilde av helsetjenestene som mulig er tilgjengelig for offentligheten.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at Fafo i 2014 gjennomførte en undersøkelse av arbeidsmiljøet ved norske sykehus, på oppdrag fra Arbeidstilsynet (FAFO-rapport 2015:17). Her konkluderes det med at det ikke er grunn til å tro at situasjonen i norske sykehus er vesentlig verre enn i arbeidslivet sett under ett når det gjelder å bli møtt med uvilje fra sjefen hvis man tar opp problematiske forhold på arbeidsplassen. Det er også ganske stor grad av enighet hos leder og tillitsvalgte om at ansatte melder fra om feil, mangler eller kritikkverdige forhold i arbeidsmiljøet.

Et annet flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener likevel det ikke må være tvil om at ansatte i norske sykehus skal ha en reell yringsfrihet. Medarbeiderne i sykehus skal ha anledning til å komme med sine meninger og gi offentlig kritikk. Helsepersonell har ikke bare muligheten til å ytre seg, men også en plikt til å melde fra om ting som kan være til skade for pasientene og pasientsikkerheten.

Dette flertallet viser til at det å utvikle en kultur for åpenhet og yringsfrihet først og fremst er et lederansvar. Som en oppfølging av kravene i foretaksmøtet 12. januar 2016 er de regionale helseforetakene blitt bedt om å utvikle en plan for å få frem kunnskapen på området. Videre er de bedt om å følge opp med tiltak for å endre kulturen der det avdekkes behov for dette, og anvende kunnskapen fra Pasientsikkerhetsprogrammets kartlegging av pasientsikkerhetskultur. Arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene vil bli invitert med i dette arbeidet.

Komiteen understreker også viktigheten av systemer som myndiggjør førstelinjen og unngår unødvendig rapportering og byråkratisering. Komiteen mener det er viktig å sikre systemer og organisering av helsetjenesten som ikke fører til ansvarsapulverisering. En organisasjonskultur der ansatte



te gis ansvar, og forventes å ta ansvar i alle ledd i tjenesten, er avgjørende i pasientsikkerhets- og kvalitetsarbeid.

Komiteen er bekymret for at det innføres for mange rapporteringskrav som ikke har noen effekt på kvaliteten eller pasientsikkerheten, slik at for eksempel andelen tid fastleger og leger i sykehus bruker på pasientrettet arbeid reduseres. Komiteen vil derfor understreke at når manglende kunnskapsgrunnlag påpekes, og ny kunnskapsinnhenting initieres, så må dette skje på faglig fundert grunnlag, økt byråkratisering må unngås og allerede innførte rapporteringskrav må kritisk gjennomgås.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at det er klar sammenheng mellom pasientsikkerhetskultur og risiko for skader. Pasientsikkerhetskampanjen I trygge hender publiserte rapporten Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus 2012 og 2014, i februar 2016. Dette medlem merker seg at undersøkelsen viser at rundt halvparten av enhetene ved norske sykehus rapporterer om et godt klima for pasientsikkerhetskultur, men også at minst 44 prosent kan ha et klima som gir økt sjanse for pasientskader. Dette medlem viser til at sikkerhetsklima handler om hvor lett medarbeidere synes det er å snakke om risiko og uønskede hendelser ved sitt arbeidssted, og at teamarbeidsklima handler om medarbeideres opplevelse av støtte fra sitt team for å prioritere trygg pasientbehandling. Videre mener dette medlem at det er svært viktig å merke seg at undersøkelsen viser at ledere er viktige premissgivere for hvordan ansatte opplever pasientsikkerhetskulturen ved sitt arbeidssted.

Dette medlem viser til at det over år har kommet mange meldinger om en kultur i norske sykehus der ansatte vegrer seg for å uttrykke sin mening om forhold ved arbeidsplassen, herunder forhold som kan være av stor betydning for pasientsikkerheten. Dette ble aktualisert på nytt i Dagens Næringsliv 23. januar 2016, der sykehusansatte advarte om en sterk fryktkultur ved norske sykehus. 30 sykehuskilder var intervjuet. Dette medlem viser til at de ansatte i DNs reportasje peker på at sanksjoner oftest rammer tillitsvalgte og at dette harmonerer med meldinger ulike stortingsrepresentanter mottar og med flere saker som har nådd mediene. Direktøren i Helsetilsynet bekreftet i DNs reportasje at det finnes «en del ondsinnede arbeidskulturer som kan ramme både de ansatte og pasientsikkerheten.»

Dette medlem viser til at innføringen av foretaksmodellen har medført et betydelig større ledelsesapparatet i sykehussektoren, et større byråkrati og en kraftig økning i antall kommunikasjonsarbeidere, samtidig som folkevalgte har minimal innflytelse over sykehusstyringen. Foretaksmodellen fører

til et stort demokratisk underskudd og mindre åpenhet om sykehusene. Dette medlem mener det utgjør en betydelig hindring for pasientsikkerhetsarbeidet når fokuset på omdømme blir for stort og går på bekostning av åpenhet omkring sykehusenes virksomhet. Dette medlem mener at som et første tiltak må stedlig ledelse innføres ved alle sykehus. Dette medlem viser til at Senterpartiet vil avvikle foretaksmodellen og innføre folkevalgt styring av sykehusene, jf. Dokument 8:96 S (2014–2015) og Innst. 377 S (2014–2015).

Dette medlem mener fryktkulturen i sykehusene er uakseptabel og at det er uholdbart at minst 44 prosent av sykehusene kan ha et klima som gir økt sjanse for pasientskader. I dagens styringsmodell er dette først og fremst statsrådets og foretaksledelsens ansvar, og dette medlem mener at det haster med å få på plass endringer. Dette medlem mener statsråden må sørge for en åpenhetskultur i sykehusene, ledere som aktivt understøtter dette og at det får konsekvenser når oppdraget brytes.

Komiteen merker seg at regjeringen vil fremme lovforslag om å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister og imøteser dette. Folkehelseinstituttet utreder etablering av et fellesregister for psykisk helse og rus, og komiteen deler oppfatningen av at det er viktig å få et mer systematisert kunnskapsgrunnlag for psykisk helse- og rusområdet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at regjeringens mål er å styrke pasientens rolle i helsetjenesten. Flertallet mener pasienten skal være en likeverdig samarbeidspartner med helsepersonellet. Dette forutsetter at pasientene skal ha tilgang til kvalitetssikret informasjon om egen helse slik at de kan delta i beslutninger om egen behandling, og at de skal være aktivt med i utformingen av helsetjenesten. Flertallet vil påpeke at ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging på den måten pasienten ønsker. Flertallet mener det er viktig at pasienten får støtte til å vurdere behandlingsalternativer, ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekt, fordeler og ulemper. Flertallet mener det er positivt at regjeringen i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan varsler at de vil jobbe for å videreføre arbeidet med å utvikle og ta i bruk gode samvalgsverktøy og publisere disse på helsenor.no.

Komiteen mener teknologi er et godt redskap for å være mer delaktig i behandling og mestre egen helse. Komiteen vil påpeke at den nye pasient-

journalloven som trådte i kraft 1. januar 2015, åpnet nye muligheter til å dele og hente frem informasjon mellom helsepersonell og virksomheter. Loven åpner for at nødvendige opplysninger om en pasient kan gjøres tilgjengelig, uavhengig av hvor pasienten har fått helsehjelp tidligere og hvordan helsetjenesten er organisert.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil videre påpeke at det er stort behov for en sterkere nasjonal styring, bedre koordinering og bedre organisering av IKT-feltet. Flertallet er glad for at Direktoratet for e-helse ble etablert 1. januar 2016, og at målet er å styrke myndighetsrollen på e-helseområdet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet støtter opprettelsen av et e-helse-direktorat, basert på behovet for nasjonal styring av IKT-feltet i helsesektoren. Disse medlemmer vil imidlertid understreke behovet for at direktoratet bevarer en nødvendig fleksibilitet for å kunne imøtese behovet for styring, koordinering og faglig utvikling på et felt som er i kontinuerlig og rask endring. Helseregionene må involveres i direktoratets arbeid, slik at løsningene for sykehussektoren og andre spesialisthelsetjenester blir effektive og tett på den kliniske hverdagen, nær ledelse, ansatte, pasienter og brukere. Disse medlemmer legger til grunn at regjeringen følger utviklingen nøye, slik at disse forholdene ivaretas.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at et hovedmål for regjeringen er en bedre, nasjonalt forankret og mer samordnet styring av spesialisthelsetjenesten. I regjeringsplattformen står det at regjeringen vil «legge ned de regionale helseforetakene når det er utformet en nasjonal helse- og sykehusplan» Disse medlemmer viser til at regjeringen har vært tydelig på at ny styringsmodell først er aktuell etter at planen er behandlet og virker. Disse medlemmer mener at dagens modell er tungvint og ikke til det beste for pasienten. Videre mener disse medlemmer at de regionale helseforetakene er et unødvendig mellomnivå mellom stat og sykehus, som gir mer byråkrati. Disse medlemmer mener modellen hindrer nasjonal styring som ser landet under ett, og det blir for mye fragmentering – spesielt innen IKT. Det er i tillegg store variasjoner i kvalitet og effektivitet mellom regioner og sykehus. Disse medlemmer viser til at det 2. oktober 2015 ble oppnevnt et utvalg som skal utrede alternative modeller for hvordan staten kan organisere eierskapet til sykehusene. Utvalget skal også vurdere inndelingen i helseregio-

ner og hvor mange helseforetak det skal være. Disse medlemmer vil påpeke at å nedsette et utvalg ikke gjøres i stedet for å legge ned de regionale helseforetakene, men er et steg i prosessen med å få en ny styringsmodell. NOU-en skal leveres innen 1. desember 2016, og disse medlemmer viser til at regjeringen skal komme tilbake til Stortinget våren 2017 med hvordan saken skal følges opp.

### ***Fremme helse og mestring***

Komiteen vil understreke at det er viktig med økt tiltak for å hindre fall og viser til målet om 10 prosent reduksjon i hoftebrudd. Komiteen er kjent med at Norge ligger i verdenstoppen når det gjelder hoftebrudd, og mener at her må det settes inn kraftigere tiltak for å forebygge.

Komiteen deler regjeringens syn på at antibiotikaresistens er en av de største helsetruslene verden står overfor. Komiteen understreker viktigheten av at tverrdepartemental Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens (2015–2020) og den nye framlagte handlingsplanen for helsevesenet, blir fulgt opp. Målet er å redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utgangen av 2020. Komiteen viser til at diagnosekoder på resept er et anbefalt virkemiddel for å redusere antibiotikabruken.

Komiteen viser til at regjeringen har lagt frem en handlingsplan for å forebygge mot antibiotikaresistens, der målet er at bruken av antibiotika i helsetjenesten skal reduseres med 30 prosent innen 2020, og at handlingsplanen inneholder tiltak rettet mot fastleger og legevaktsleger, spesialisthelsetjenesten, sykehjem, tannhelsetjenesten og befolkningen. Komiteen viser til at målet er at helsepersonell i nært samarbeid med Legeforeningen og Tannlegeforeningen skal få bedre kunnskap og veiledning om riktig bruk av antibiotika.

Komiteen viser til at diagnosekoder på resept er et tiltak i Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan (tiltak 4.4).

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Senterpartiet og Venstre, mener det fortsatt må arbeides for tekniske løsninger som gjør at dette kan implementeres så raskt som mulig.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre mener dette er nødvendig selv om det ikke er innlemmet som et av tiltakene i handlingsplanen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet mener at et generelt godt og høyt vaksinasjonsnivå på tvers av befolkningen er risikoreduserende for utvikling av syk-

dommer som krever antibiotikabehandling og at en bør vurdere nytten av vaksiner i forhold til tiltak for å hindre antibiotikaresistens.

Komiteen viser til området psykisk helsevern for barn og unge, og er glad for at Helsedirektoratet har laget en strategi for å sikre tverretattlig oppfølging av barn og unges psykiske helse. Forebyggende tjenester og tilrettelegging for barn og unge brukere er viktig i helsetjenesten. Komiteen mener at den varslede ungdomshelsestrategien også vil være et viktig tiltak for å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstilbudet til ungdom.

Komiteen mener at underernæring og feilernæring er et sentralt område som både sykehus og helse- og omsorgstjenestene i kommunene må ha en systematisk tilnærming til. Komiteen er kjent med at det er utarbeidet nasjonale retningslinjer for området, men at disse ikke er like godt implementert alle steder. Komiteen er kjent med at det har forekommet dødsfall på norske sykehus på grunn av underernæring, og er opptatt av at vi må lære av feil som er gjort og hindre at liknende skjer igjen. Komiteen mener at den ernæringsfaglige kompetansen i kommunene og på sykehus må styrkes.

Komiteen mener ernæring må løftes opp som en viktig del av pleien av syke eldre og pleietrengende. Helsepersonell skal og må ha god kompetanse på betydningen av mat og væske, som en integrert del av det helhetlige pasienttilbudet. Komiteen viser til at det er færre kliniske ernæringsfysiologer i Norge

enn andre land det er naturlig å sammenligne seg med. Helsedirektoratet anslår at én av tre eldre på sykehjem og mottakere av hjemmesykepleie er, eller står i fare for å bli, underernært. Komiteen viser til at regjeringen i revidert nasjonalbudsjett for 2015 foreslo å bevilge midler til studieplasser i klinisk ernæringsfysiologi ved Universitetet i Tromsø, som starter opp høsten 2016. Komiteen viser til at et viktig tiltak i oppfølgingen av primærhelsemeldingen er å utvikle primærhelseteam og oppfølgings-team, som vil kunne gi et mer samordnet tilbud, større bredde i tjenestetilbudet og riktigere bruk av personellet.

Komiteen viser også til tilsynssaker med alvorlige hendelser som kan være knyttet til overbelegg og fulle avdelinger. Komiteen vil understreke at korridorpasienter ikke er ønskelig på norske sykehus, og viser til at uforsvarlig høy beleggspersent kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko.

## 9. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til meldingen og råar Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Meld. St. 12 (2015–2016) – om kvalitet og pasientsikkerhet 2014 – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 17. mars 2016

**Kari Kjønaas Kjos**  
leder

**Kjersti Toppe**  
ordfører

