



## STORTINGET

# Innst. 190 S

(2018–2019)

Innstilling til Stortinget  
fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 11 (2018–2019)

---

### Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2017

---

Til Stortinget

#### 1. Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

##### 1.1 Sammendrag

Meldingen er den femte stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet, og retter oppmerksomheten mot områder der helse- og omsorgstjenesten har utfordringer og behov for bedring. Derfor gir ikke meldingen et helhetlig bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Når meldingen har oppmerksomhet på risikoområdene, blir de positive sidene ikke så godt synlige.

De fire første meldingene til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet vektla at de viktigste innsatsområdene for å bedre kvalitet og trygge tjenester er å utvikle pasientens helsetjeneste, forbedre systemer, ledelse og kultur i tjenestene og redusere uberettiget variasjon. Dette videreføres i denne meldingen. Manglende kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet har i en årrekke vært trukket frem som en utfordring. Nå har vi mye data og økt kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet. Utfordringen er å bruke denne kunnskapen til å forbedre tjenestene. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten legger grunnlaget for en kvalitetsorientert ledelse og systemer for dette.

##### 1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Elise Bjørnebekk-Waagen, Tore

Hagebakken, Ingvild Kjerkol, Tuva Moflag og Tellef Inge Mørland, fra Høyre, Torill Eidsheim, Astrid Nøklebye Heiberg, Erlend Larsen og Sveinung Stensland, fra Fremskrittspartiet, Åshild Bruun-Gundersen og Sylvi Listhaug, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, fra Sosialistisk Venstreparti, Sheida Sangtarash, fra Venstre, Carl-Erik Grimstad, og fra Kristelig Folkeparti, lederen Geir Jørgen Bekkevold, viser til at meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet først og fremst gir et oversiktsbilde over områder der vi har utfordringer og behov for forbedring, og at meldingen således ikke gir et helhetlig bilde av kvaliteten i helsetjenesten. Komiteen viser til at helse- og omsorgstjenesten i Norge oppnår gode resultater på mange områder, selv om de positive sidene ikke blir så godt synlige i en melding som har oppmerksomhet på risikoområdene.

Komiteen har en forventning om at Stortingets tilbakemeldinger gjennom behandlingen av meldingen skal legge grunnlag for regjeringens prioriteringer og innsatsområder.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, som presenterte den rød-grønne regjeringens politikk for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten. Disse medlemmer merker seg at i underkant av 14 prosent av somatiske innleggelser er forbundet med en eller annen form for skade, og at andelen har vært stabil siden 2012. Målet om 25 prosent reduksjon fra 2012 til 2018 er ikke nådd, noe som etter disse medlemmers vurdering er bekymringsfullt.

Dette viser at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet og å forebygge uheldige hendelser i helsetjenesten ikke har lyktes. Internasjonale undersøkelser tyder på at halvparten av de uheldige hendelsene kunne vært unngått. Disse medlemmer viser til at NOU 2015:11 Med åpne kort – Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, ikke er fulgt opp av dagens regjering på en helhetlig måte.

På denne bakgrunn fremmes følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen om å legge frem en ny, overordnet stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, med konkrete mål og tiltak som følges opp med årlige meldinger.»

## 2. Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

### 2.1 Sammendrag

OECDs rapport «Health at a Glance 2017» bekrefter hovedinntrykk fra tidligere rapporter: Helsetilstanden i Norge er god, det er høy forventet levealder, lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag, og god overlevelse etter fem års overlevelse etter kreft. Norge er blant beste tredel på tolv indikatorer, midtre tredel på fem indikatorer og dårligste tredel på seks indikatorer.

Ved å måle innleggelses på sykehus for kronisk syke pasienter ønsker OECD å se om pasienter som får god oppfølging i primærhelsetjenesten, sjeldnere legges inn på sykehus for behandling av sykdommen. OECD har undersøkt innleggelsesfrekvens for astma, KOLS, diabetes og kronisk hjertesvikt. Når det gjelder innleggelsesfrekvens for diabetes og kronisk hjertesvikt, er Norge blant de beste landene med få sykehusinnleggelses. For den sammensatte indikatoren for astma og KOLS ligger Norge nær snittet. I Norge er det relativt mange diabetikere som må amputere et ben eller en fot.

OECD ser også på variasjon mellom landene i bruk av legemidler. Norge er blant de landene som har lavest forbruk av antibiotika, både generelt og for volum av såkalt bredspektret eller andrelinjes antibiotika. I Norge er det flere eldre som står på angst- og sovemedisin (benzodiazepiner) i mer enn ett år enn snittet i OECD. Norge er også blant den dårligste tredelen av OECD-landene på indikatoren som viser forhøyet dødelighet innenfor psykisk helsevern. Øvrige funn i rapporten er blant annet:

- Norge er blant de land som har høyest andel pasienter som er mindre fornøyd med fastlegene.
- Norge er blant de land som har klart best resultater når det gjelder dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt (AMI) og hjerne-slag.
- Norge skårer dårlig med hensyn til sykehusinfeksjoner etter større mage/tarm-operasjoner (postopera-

tiv sepsis), men her er det utfordringer med rapporteringen. Det kan være en overrapportering etter-som pasientpopulasjonen ikke kan avgrenses til kirurgiske pasienter.

- For fødsler hvor en har tatt i bruk fødselsinstrument, er Norge blant de land som rapporterer minst skader. For vanlige fødsler uten bruk av fødselsinstrument er forekomsten av skader noe høyere, og på snittet i OECD.
- Raten for forhøyet dødelighet for pasienter med alvorlige psykiske sykdommer viser at Norge er blant de land som skårer dårligst.
- Norge skårer godt når det gjelder kreftbehandling, med unntak av leukemi (blodkreft) hos barn.
- Det er lettere å få helsehjelp utenfor fastlegenes kontortid i Norge enn i de andre landene.
- Flere oppgir at de er fornøyd med kvaliteten på helsetjenester, og svært få av de norske svarerne rapporterer problemer med å betale for helsehjelp.
- Som i tidligere år skårer også Norge dårligere enn snittet når det gjelder utskrivingsprosess fra sykehus, og det rapporteres også dårligere erfaringer med informasjonsutveksling og koordinering mellom tjenester.

### 2.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at årets melding i stor grad peker på de samme utfordringene som tidligere meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet. Utfordringer knyttet til kols, diabetes, sepsis og vaksinasjonsprogrammet er kjent fra tidligere. Komiteen viser til OECD-rapporten «Health at a Glance» og merker seg at Norge er i beste tredel på tolv indikatorer, midtre tredel på fem indikatorer og dårligste tredel på seks indikatorer. Komiteen merker seg at antallet parametre der Norge scorer i midtre eller nedre tredel, har økt siden fjorårets melding. Komiteen ser med bekymring på at Norge ligger i nederste tredel på både forhøyet dødelighet innen psykisk helse, og benzodiazepinbruk blant eldre.

Komiteen viser videre til at rapporten fra Commonwealth Fund nok en gang peker på fastlegenes kapasitet og tilgjengelighet, noe som understreker behovet for en evaluering av ordningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti mener det ikke er noen grunn til at Norge skal skåre lavt på dette punktet, og mener det viser hvor presset fastlegeordningen er blitt. De siste årene har man spesielt opplevd tilføring av nye oppgaver uten at kapasiteten i ordningen er økt tilsvarende. Disse medlemmer mener at situasjonen ikke bare krever en evaluering, men tiltak som virker både straks, på kort sikt og på lengre sikt. Det holder ikke etter disse med-

le m m e r s syn å vente til en handlingsplan kommer i 2020, slik regjeringen har varslet.

### 3. Pasient- og brukerombudene

#### 3.1 Sammendrag

Pasient- og brukerombudene har opplevd en jevn saksøkning de siste år, også i 2017 hvor de hadde 15 200 henvendelser. I 2017 omhandlet 46 prosent av sakene tjenestesteder i spesialisthelsetjenesten, 32 prosent var knyttet til tjenestesteder i kommunal helse- og omsorgstjeneste. I årsmeldingen påpekes blant annet følgende:

- Ombudene ser mye kunnskapsløshet i tjenestestedenes saksbehandling av klager. Ombudene gjentar at det trengs et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.
- Fastlegeordningen må moderniseres, og ombudene påpeker at mange av henvendelsene handler om manglende tilgjengelighet. Pasienter er avhengig av informasjon om rettigheter for å kunne manøvrere godt i pasientens helsetjeneste. Ombudene mener fastlegeordningen må ivareta dette i større grad enn i dag. Enkelte fastlegekontor er ikke universelt utformet. Andre har ikke lokaler som er tilrettelagt med tanke på personvern. Ombudene mener kopi av alle prøvesvar bør være et tilbud til pasientene. Helsepersonellens ansvar for å bestille tolk ved behov må etterleves. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten må gi tilstrekkelig informasjon.
- I oktober 2017 publiserte Helsetilsynet rapporten «Det gjelder livet» om tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Rapporten påviste omfattende og til dels alvorlig svikt. Ombudene deler erfaringene til Helsetilsynet på dette området.
- Det er få som klager på vedtak om avlastning, men de pårørende som gjør det, vinner ofte frem. Ombudene mener det er urovekkende når kommunenes avgjørelser på dette området ikke står seg i nesten halvparten av klagesakene som behandles hos fylkesmennene. Også ombudene erfarer mangelfull kunnskap og regelforståelse hos kommunene på dette området.
- Ombudene erfarer ulik praktisering og lokal variasjon i forhold til å tilby eldre sykehjemsplass. Pårørende forteller om fallskader, liggesår, uoppdagede brudd, feilmedisinering, mangelfull ernæring og dehydrering.
- Samhandling og kommunikasjon ved overgangen fra sykehus til kommune er et gjentakende problem.
- Rusavhengige har ofte behov for ulike hjelpetiltak over tid. Da er det avgjørende at tiltakene er koordi-

nert. Opphold i behandlingsforløpet kan være sårbare overganger. En mer aktiv bruk av individuell plan kan bidra til bedre behandlingsforløp.

- Helsetjenester til barn og unge møter ikke i tilstrekkelig grad reelle behov. Det er store forskjeller i barn og unges tilgang til helsestasjon og skolehelsetjeneste. Overgangene mellom barne- og voksenavdelinger i sykehus kan by på store utfordringer for pasientene. Ombudene uttrykker også bekymring for tilbudet til barn og unge med psykisk sykdom. Fra foreldre, ungdom og ansatte i tjenestene etterspørres en økning i kapasiteten ved poliklinikkene og døgnavdelingene, men også at samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten styrkes.
- Ombudene påpeker også utfordringer i pasientforløpene og mener at ordningen med kontaktlege ikke fungerer som forutsatt.
- Ombudene erfarer at utskrivingsamtale gjennomføres i for liten grad.

#### 3.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at pasient- og brukerombudene har hatt en økende saksmengde de siste årene, og 15 200 henvendelser i 2017. Henvendelsene fordeler seg på spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og andre henvendelser. Mangelfull eller dårlig informasjon er gjennomgående i mange av sakene. Komiteen mener det er nødvendig med bedre kommunikasjon med pasienter og mellom aktører i helsetjenesten, og utvikling av «pasientens digitale helsetjeneste» må være en prioritet for regjeringen. Komiteen mener ansattes kunnskap og kompetanse om saksbehandling og rettigheter også må styrkes, og at det er behov for bedre informasjon om klageordningene for pasienter og pårørende. Dette for å sikre at man har reelle klagemuligheter, og ikke bare på papiret. Komiteen viser til at også pasient- og brukerombudene etterlyser evaluering av fastlegeordningen, og uttrykker behov for bedre kommunikasjon knyttet til eksempelvis prøvesvar og henvisninger. Komiteen merker seg pasient- og brukerombudenes tilbakemelding om variasjon i eldreomsorgen og svikt i samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Komiteen viser til behovet for bedre behandlingsforløp og bedre involvering av rusavhengige. Komiteen mener at barn er en sårbare pasientgruppe som må ivaretas særskilt i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og i overgangen mellom disse. Komiteen støtter ombudenes anbefaling om å etablere ungdomsråd ved sykehusene og sørge for et godt samarbeid med disse. Komiteen merker seg at ordningen med kontaktlege i spesialisthelsetjenesten etter ombudenes oppfatning ikke fungerer som forutsatt.

## 4. Statens helsetilsyn og fylkesmennene

### 4.1 Sammendrag

#### *Tilsyn med sepsisbehandling i akuttmottak*

I perioden 2016–2018 har det vært ført tilsyn med akuttmottakenes identifisering og behandling av sepsis (blodforgiftning). Tilsynet avdekket mangler og svikt i alle helseforetakene som ble undersøkt. Forsinket diagnostikk og behandling av sepsis er en kjent pasientsikkerhetsutfordring internasjonalt. Før det landsomfattende tilsynet hadde en ikke noen god oversikt over hvordan sykehusene tar imot og behandler pasienter med sepsis i Norge. Svikten som Helsetilsynet avdekket, var i liten grad kjent for sykehusene på forhånd, fordi de ikke hadde etablert systemer som kunne fange opp hvordan denne viktige pasientgruppen faktisk ble behandlet. Videre uttrykte sykehusene at det var krevende å samle relevante data som kunne si noe om diagnostikk og behandling. Uten slike data var det vanskelig å komme i gang med et målrettet forbedringsarbeid. Tilsynets erfaring er at planlagt tilsyn derfor kan være et godt virkemiddel for å avdekke viktige pasientsikkerhetsutfordringer som ikke har fått tilstrekkelig oppmerksomhet fra sykehusene.

#### *Varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten*

I 2017 har Statens helsetilsyn håndtert 638 tilsynsaker på grunnlag av varsler om alvorlige og uventede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Antall varsler har økt jevnt siden etablering av varselordningen i 2010. Siden varselordningen ble opprettet, har Statens helsetilsyn gjennomført 99 stedlige tilsyn. I 2017 ble det gjennomført 13 stedlige tilsyn.

Omtrent halvparten av varslene som kommer til Helsetilsynet, er fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Over halvparten av disse varslene ble avsluttet etter innledende undersøkelser. Mangler ved utredning, behandling og kontinuitet i behandlingen er vanlige funn tilsynet ser ved oppfølging av varslene. Helsetilsynets erfaring er at det i de fleste sakene svikter i virksomhetenes ansvar for å identifisere risiko i forbindelse med planlegging og tilrettelegging av helsehjelp. Det er svikt i hvordan virksomhetene følger opp alvorlige hendelser, både informasjon til og oppfølging av pasient og pårørende, og hvordan hendelsen brukes i arbeidet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

#### FØDSELSOMSORGEN

Helsedirektoratet utga veilederen «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen» i 2010. Statens helsetilsyn har sammen med Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging i alle landets fødeinstitusjoner for å se nærmere på om kvalitetskravene er implementert.

De fant at alle landets fødeinstitusjoner hadde innført seleksjonskriterier i henhold til nasjonale føringer, men at flere avdelinger ikke hadde skriftliggjort ansvarsområder til jordmor og lege. Videre var det få som registrerte om jordmor ga en-til-en-oppfølging til kvinner i aktiv fødsel. Resultatene viste også at det fortsatt er mange ubesatte stillinger, spesielt legestillinger, på fødeavdelingene. Halvparten av fødeavdelingene mente at kvalitetskravene hadde ført til bedre opplæring, men undervisningen var i liten grad tverrfaglig eller obligatorisk.

#### TILSYN MED HELSETJENESTER TIL MILITÆRT PERSONELL I UTENLANDSOPERASJONER

Helsetilsynet har i 2017 undersøkt Forsvarets system for dokumentasjon av helsehjelp under utenlandsoperasjoner enten hjelpen er gitt av eget helsepersonell eller annet lands personell. Tilsynet konkluderte med at Forsvaret ikke har sikret et hensiktsmessig og funksjonelt system for dokumentasjon av helsehjelp gitt under utenlandsoperasjoner. Helsetilsynet påpeker at det er alvorlig at det fortsatt er de samme grunnleggende manglene ved ordningene for journalføring som ved det forrige tilsynet. Funn fra dette tilsynet viser at Forsvaret ikke overvåker egen virksomhet og setter i verk nødvendige forbedringstiltak.

#### TILSYN MED HÅNDTERING AV BLOD, CELLER, VEV OG ORGNER

Overføring av humant materiale fra donator til mottaker har en iboende risiko for overføring av sykdom via blod, celler, vev eller organer. Minimumskravene til kvalitet og sikkerhet er derfor strenge, og tilsynet finner fortsatt forbedringsområder ved planlagte tilsyn.

#### LEGEVAKT

I 2015–2017 er det gjennomgått 30 tilsynssaker som handler om alvorlige feil ved behandling på legevakt. Gjennomgangen viser at styring og ledelse av virksomhetene er viktig for å sikre god pasientbehandling og for å hindre at uønskede hendelser skjer. De aktuelle legevaktene ble bedt om å gjennomgå planene for bemanning og sikring av kompetanse, samt sine rutiner og hvordan disse blir fulgt opp. Svarene fra virksomhetene viser at de har gjort tiltak for å minske risikoen for at uønskede hendelser skal skje igjen.

### 4.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det er utført tilsyn med akuttmottakenes identifisering og behandling av sepsis i perioden 2016–2018, og ser alvorlig på at det er avdekket svikt og mangler i alle helseforetakene som ble undersøkt. Komiteen vil understreke viktigheten av fortsatt tett oppfølging og kunnskapsheving om sepsis i helsetjenesten.

Komiteen viser til at Statens helsetilsyn har håndtert 638 tilsynssaker på grunnlag av varsler om alvorlige og uventede hendelser, hvorav halvparten er fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Komiteen ser alvorlig på hendelser som fører til død eller varige mén for pasientene, og forventer at virksomhetene følger opp hendelsene for å lære av dem og unngå at samme alvorlige feil skjer igjen.

Komiteen viser til at det fortsatt er mange ubesatte stillinger på fødeavdelingene, samt at det er behov for tydeligere avklaringer i ansvaret mellom jordmor og lege for å ivareta kravene i veilederen «Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødselsomsorgen».

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at sepsis over flere år har vært en stor utfordring og årsak til unødvendig mange liggedøgn i norske sykehus. Disse medlemmer ser med bekymring på forekomsten av og manglene knyttet til behandling av sepsis. Disse medlemmer viser til «Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttmottak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis». I denne rapporten fremkommer det at tilsynene avdekker svikt og mangelfull pasientsikkerhet i alle helseforetak. Det mest gjennomgående funnet var at det kunne ta uforsvarlig lang tid før kritisk syke pasienter med sepsis fikk antibiotikabehandling. Disse medlemmer mener det er kritikkverdig at behandlingen av sepsis er så mangelfull, med tanke på kunnskapen som er formidlet om sepsis i norske sykehus gjennom de årlige rapporteringene om kvalitet og pasientsikkerhet. Disse medlemmer mener dette tyder på at det tar for lang tid fra avvik og risiko oppdages, til praksis endres til det beste for pasienten. Tilsynet viser viktigheten av å finne metoder for tidligst mulig diagnostisering av sepsis og å utvikle mer effektiv behandling. Disse medlemmer er positive til det omfattende forskningsarbeidet som drives på sepsis i Midt-Norge, og opprettelsen av Gemini-senter for sepsisforskning ved St. Olavs hospital, som SINTEF og NTNU står bak.

Disse medlemmer viser også til at det i dag er et stort press på akuttmottakene ved landets sykehus. Det er ikke bare ved sepsisbehandling det er utfordringer ved akuttmottak. Disse medlemmer viser til at det ved Haukeland universitetssjukehus og Stavanger universitetssjukehus er stor uro blant ansatte for høy bruk av overtid, liten grunnbemanning og høyt arbeidspress som går ut over pasientsikkerheten, og at avviksmeldinger fra ansatte tilsynelatende ikke har blitt tatt på alvor. Disse medlemmer viser også til det landsomfattende tilsynet med akuttmottak, som viser grunn til be-

kymring for situasjonen i akuttmottak, og forventer at regjeringen følger opp dette området.

Disse medlemmer merker seg at det ennå ikke blir kartlagt på en oversiktlig måte om hvorvidt kvalitetskrav til fødselsomsorgen blir fulgt opp i tjenestene når det gjelder anbefalingen om at alle kvinner skal ha jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over. Dette er et viktig tiltak for å unngå skader og uheldige hendelser, og for å sikre kvaliteten i tilbudet. Disse medlemmer forutsetter at regjeringen følger opp dette snarest.

Disse medlemmer merker seg at det under meldingens kapittel 7.4 Pasienterfaringer fastlås at det i fødselsomsorgen er en særlig utfordring i overgangen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Disse medlemmer merker seg at dette er en svært sårbar periode i en familie, og mener det er en utfordring som må tas på alvor. Disse medlemmer minner om at spesialisthelsetjenesten planlegger for stadig tidligere hjemreise, og mener det ytterligere understreker behovet for å gjøre overgangen mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten så god som mulig.

## 5. Norsk pasientskadeerstatning

### 5.1 Sammendrag

Antall saker meldt til NPE gikk opp fra 5 629 i 2016 til 5 821 i 2017. Dette er en økning på 3 prosent. I 2017 fikk 1 220 erstatningsøkere medhold i kravet sitt, mens 3 037 fikk avslag. Dette gir en medholdsandel på 29 prosent. Medholdsandelen er tre prosentpoeng lavere enn i 2016. I offentlig helsetjeneste er medholdsandelen 28 prosent, mens den er 38 prosent i privat helsetjeneste. NPE utbetalte i alt 979 mill. kroner i erstatninger i 2017. Dette er omtrent på samme nivå som i 2016.

I rapporten for regionale helseforetak framkommer det at NPE innenfor spesialisthelsetjenesten behandler flest saker knyttet til ortopedi (38 prosent), svulster og kreftsykdommer (15 prosent), fødselshjelp og kvinnesykdommer (6 prosent), gastroenterologisk kirurgi (6 prosent) og psykiatri (5 prosent). Svikt i behandlingen er den hyppigste årsaken til medhold med 57 prosent. Forsinket eller feil diagnose utgjør den nest største andelen med 27 prosent. Nytt av året er at det er tatt med detaljert statistikk som viser årsak til svikt i behandling og diagnostikk fordelt på de medisinske områdene for hvert av de regionale helseforetakene.

Hver enkelt innmeldt sak knyttes til en eller flere helsepersonellgrupper. Tannleger og tannlegespesialister utgjør totalt 58 prosent av helsepersonellgruppene. Kirurger er den nest største helsepersonellgruppa med 16 prosent av sakene. Kirurgi er hovedsakelig knyttet til de tre medisinske områdene plastikkirurgi, ortopedi og gastroenterologisk kirurgi. Hele 77 prosent av med-

holdssakene i privat helsetjeneste gjelder svikt i behandlingen.

Svikt i behandlingen skyldes oftest feil behandlingsteknikk eller behandlingsmetode, ufullstendig eller ikke igangsatt behandling, at det ikke var tilstrekkelig grunnlag for behandlingen eller at det var mangelfull sikring, overvåking eller tilsyn med pasienten.

Svikt i diagnostikk skjer primært ved at funn ikke blir fulgt opp, feiltolkning av prøvesvar eller klinisk undersøkelse, at det ikke ble rekvirert prøve eller undersøkelse, eller at symptomer i akutt situasjon har blitt feiltolket.

I mange av sakene har svikt i helsehjelpen gitt alvorlige pasientskader som forverret sykdomsforløp, mer omfattende behandling, dårligere sluttresultat, redusert prognose og dødsfall.

## 5.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har en tre prosents økning i antall meldte saker i 2017 sammenlignet med 2016, med totalt 5821 meldte saker. Medholdsandelen på 29 prosent er noe lavere enn tidligere år. Komiteen merker seg at svikt i behandling og forsinket eller feil diagnose gir størst grunnlag for medhold i klagesakene, og komiteen mener således at rett behandling til rett tid må være et overordnet mål for helsepolitikken.

# 6. Meldeordningen

## 6.1 Sammendrag

I 2017 mottok meldeordningen 10 126 meldinger. Av disse var det 445 meldinger som ikke var meldepliktige. I 1 041 hendelser var det registrert betydelig skade (11 prosent). Av de 487 hendelsene (5 prosent) som omhandlet dødsfall, var det 178 selvmord. I 1930 hendelser (20 prosent) var det ikke registrert noen skade på pasienten. Disse er meldt fordi hendelsene kunne ha medført betydelig pasientskade.

I tillegg til konsekvenser for pasienter som ble rammet, kartlegger meldeordningen også konsekvenser for virksomheten og for øvrige pasienter. Kartleggingen viser at uønskede hendelser har store menneskelige og økonomiske konsekvenser på ulike nivåer og områder; for den involverte pasienten, andre pasienters behandlingsforløp og med ekstra belastning for virksomheten.

Meldeordningen publiserte fem læringsnotater i 2017 med følgende temaer:

- infeksjon etter injeksjon i øyet
- uønskede hendelser ved radiologisk billeddiagnostikk
- bruk av MR-sjekkliste
- administrasjon av kalium til infusjon
- selvmord og selvmordsforsøk under innleggelse

## 6.2 Komiteens merknader

Komiteen merker seg at meldeordningen mottok 10 126 meldinger i 2017, der størsteparten av hendelsene er knyttet til kliniske prosesser/prosedyrer, etterfulgt av legemidler, pasientadministrative forhold og pasientuhell. Komiteen er positiv til at Helsedirektoratet utarbeider såkalte læringsnotater på bakgrunn av funnene i meldeordningen, slik at man kan forhindre fremtidig svikt. Komiteen vil understreke at man bør sikre at læringsnotatene bidrar til reell læring i sektoren, og ikke bare blir liggende som lenker på Helsedirektoratets hjemmesider.

Komiteen merker seg at meldingene avdekker en svikt i legemiddelhåndtering, som i 2017 utgjorde 17 prosent av registrerte feil, som er en noe lavere andel enn året før. Betydelige feil skjedde i 83 hendelser, og i 14 hendelser ble det meldt at pasienten døde, også dette en nedgang fra foregående år. Komiteen mener at læringsnotater om legemiddelhåndtering fortsatt bør prioriteres for å øke kvaliteten i legemiddelhåndteringen og få til en ytterligere reduksjon av uheldige hendelser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at regjeringen foreslår å avvikle meldeordningen, på tross av store protester i høringsrunden. Blant annet er Helsedirektoratet, Den norske legeforening, flere helseforetak, Norsk Sykepleierforbund, Pasient- og brukerombudet, FFO og Senter for kvalitet og sikkerhet (SHARE) ved Universitetet i Stavanger imot å legge ned meldeordningen uten at den engang er evaluert. Disse medlemmer mener en avvikling av meldeordningen vil bety en markert svekkelse av det nasjonale og lokale arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

Disse medlemmer viser til Dokument 3:2 (2018–2019) Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2017. Riksrevisjonen påviser at styrene i helseforetakene har svært mangelfull oppfølging av utfordringene helseforetakene har når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. Disse medlemmer mener at denne utfordringen burde vært omtalt i meldingen. Det må etter disse medlemmers syn være like store krav til styrenes arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, som det er til økonomistyring. Skal arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet lykkes i helseforetakene, må dette arbeidet starte på toppen, i ledelsen. At det dokumenteres at styrene ikke arbeider systematisk med tiltak for å bedre pasientsikkerheten, er uakseptabelt. Disse medlemmer ber ut fra dette regjeringen sikre at oppdragsdokumentene og styringsdialogen med de regionale helseforetakene legger like stor vekt på konkrete målsettinger om pasientsikkerhet

og kvalitet, som på økonomiske og andre styringsmessige parametere.

Disse medlemmer viser til innspill fra Den norske legeforening, som er overrasket over at regjeringen ikke først og fremst fokuserer på kvalitetsindikatorer og ikke bruker Helseatlas i større grad for å synliggjøre regionale forskjeller i behandling. Legeforeningen viser også til behovet for å legge til rette for at legene får tilstrekkelig med tid og ressurser for å kunne utføre kvalitetsforbedringsarbeid/prosjekter ved siden av pasientbehandling, og til SKIL (Senter for kvalitet i legekontor). Disse medlemmer er enig med Legeforeningen i dette. Legeforeningen stiller også spørsmål om hvorfor stortingsmeldingen ikke kommenterer pasientsikkerhetsprogrammet, dets resultater og framtid i større grad. Pasientsikkerhetsprogrammet opphørte fra 1. januar 2019. Det etterlyses en analyse og vurdering knyttet til programmets resultater til nå, hvilke elementer man ser for seg å videreføre, og hvordan den nasjonale styring og koordinering av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring tenkes videreført når pasientsikkerhetsprogrammet opphører. Disse medlemmer ber ut fra dette regjeringen om å evaluere pasientsikkerhetsprogrammet og informere Stortinget om nasjonal styring og koordinering av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Disse medlemmer merker seg at både Sykepleierforbundet og Legeforeningen i sine høringsuttalelser viser til at ansattes arbeidsmiljø og pasientsikkerhet henger nøye sammen. Det vises til rapporten «ForBedring», en nasjonal felles undersøkelse av arbeidsmiljø, pasientsikkerhetskultur og HMS i sykehus, der om lag 40 prosent av respondentene ikke er enige i at det eksisterer et godt sikkerhetsklima på arbeidsplassen. Legeforeningen etterlyser konkrete tiltak fra regjeringen for å følge opp sammenhengen mellom arbeidsmiljø, kultur og pasientsikkerhet. Disse medlemmer ber ut fra dette om at regjeringen forbedrer de årlige kvalitetsmeldingene med informasjon om ansattes arbeidsmiljø og pasientsikkerhet, og utviklingen av over-/underbehandling og uheldig variasjon (Helseatlas). Stortingsmeldingene bør ha en handlingsdel med konkrete tiltak.

## 7. Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem

### 7.1 Sammendrag

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet, og baserer seg på rammeverket til OECDs Health Care Quality Indicator Project. Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Ansvaret er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3.

En kvalitetsindikator er et mål som sier noe om kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene våre. Kvalitetsindikatorsystemet består ved utgangen av 2017 av 171 indikatorer innenfor områdene somatisk helsetjeneste, kommunale helse- og omsorgstjenester, legemidler, akuttmedisinske tjenester, psykisk helsevern og rus. «Kvalitet i helsetjenesten» er definert som helsetjenester som er virkningsfulle, trygge og sikre, som involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt. Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljøene i helsesektoren, brukerrepresentanter, fagorganisasjoner og registermiljø.

Nasjonale kvalitetsindikatorer har flere formål. De skal brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i tjenestene og gi helsemyndigheter og ledere på alle nivå et godt grunnlag for styring og prioritering. Kvalitetsindikatorerne skal gi pasienter, brukere og pårørende mulighet til å velge behandlingssted på et kvalifisert og informert grunnlag. Sist, men ikke minst, skal de bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i tjenestetilbudet. Resultatene offentliggjøres derfor regelmessig på [helsenorge.no](http://helsenorge.no). Helsedirektoratet planlegger nye nettsider for visning av kvalitetsindikatorer på [helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no).

### 7.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet skal bidra til kvalitetforbedringer og derigjennom bidra til mer likeverdige helsetjenester for innbyggerne.

Komiteen viser til at kvalitetsindikatorerne knyttet til pakkeforløp for kreft er oppnådd på overordnet nivå, men at det er variasjoner på tvers av foretaksnivå og krefttyper som komiteen mener må følges opp. Komiteen merker seg at tre helseforetak, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Oslo universitetssykehus HF og Sørlandet sykehus HF, hverken når målene om antall pasienter som inkluderes i pakkeforløpene, eller tidsfristene for disse. Videre merker komiteen seg at pakkeforløp for krefttypene livmorhalskreft, primær leverkreft, kreft i skjoldbruskkjertelen, bukspyttkjertelkreft og kronisk lymfatisk leukemi heller ikke når målene.

Komiteen viser til at det både er stor variasjon i deltagelse og oppnådde resultater for de ulike målene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen merker seg at det i enkelte fylker bare er 30–40 prosent av sykehjemmene som deltar i undersøkelsene. Komiteen viser videre til at det ifølge 2017-tall bare er en tredjedel av personer med utviklingshemming som har et dagaktivitetstilbud, og en fjerdedel av personer med demens og kognitiv svikt. Variasjonen er også her stor mellom kommunene. Komiteen merker seg at det er en vesentlig forskjell mellom andelen under 67 år

som mottar bistand til å delta i kultur og fritidsaktiviteter (65 prosent), og andelen over 67 år (50 prosent).

Komiteen merker seg at det er en nedgang i antall tvangsinnleggelses i psykisk helsevern fra 2016 til 2017. Endringer i psykisk helsevernlovgivning 1. september 2017 gir tydelig utslag i statistikken. Komiteen er positiv til mindre tvangsbruk i psykiatrien, men vil imidlertid understreke behovet for at pasienten får tilstrekkelig behandling blir ivaretatt. Komiteen er positiv til at andelen fristbrudd i psykisk helsevern for barn og unge har gått ned, og at gjennomsnittlig ventetid fra henvisning til påbegynt behandling er redusert med én dag. Det er imidlertid stor variasjon, fra 25 til 63 dager på foretaksnivå. Komiteen mener man må jobbe systematisk for å sikre flere barn og unge langt raskere behandling.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti er bekymret over at det skjer en nedbygging av sengekapasitet i psykisk helsevern. Disse medlemmer viser til at Bergens Tidende 11. februar 2019 omtaler en sterk økning i tvangsbruk ved Sandvikens sykehus i 2018, og at en av årsakene er nedlegging av en sengeavdeling i 2017 ut fra økonomiske forhold.

## 8. Departementets oppsummering

### 8.1 Sammendrag

Meldingen avdekker risikoområder som kommuner, helseforetak og private tjenesteytere forventes å bruke som kunnskapsgrunnlag i planlegging, utøvelse, evaluering og korrigerende av helse- og omsorgshjelp. I tillegg viser meldingen hvor viktig det er å se på variasjon i resultater på kvalitetsindikatorer som inngang til kvalitetsforbedring. Det er viktig med ledelsesmessig oppfølging og målrettede forberedningstiltak på de områdene hvor kommuner og helseforetak ikke når nasjonale målsettinger, eller avviker veldig fra landsgjennomsnittet og/eller andre enheter som det er naturlig å sammenligne seg med.

Helsedirektoratet har sammen med aktørene i styringsgruppen for pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender» utarbeidet en overordnet plan for videre arbeid med pasientsikkerhet. Planen har som formål å videreføre arbeidet fra pasientsikkerhetsprogrammet og å videreutvikle samordnet innsats for bedre pasientsikkerhet i tråd med oppdatert kunnskap. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å – sammen med aktørene – følge opp planen med konkrete handlingsplaner med definerede målsettinger og nærmere beskrivelse av den nasjonale overbygningen for arbeidet med pasientsikkerhet.

### **Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten**

Med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring har ledere i hele helse- og omsorgstjenesten, inkludert private virksomheter, fått tydelige krav for å sikre at virksomheten yter faglig forsvarlige tjenester og arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. I forskriften har departementet lagt til grunn at virksomheter minst én gang årlig systematisk gjennomgår og vurderer hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forberedning.

Det er etter hvert mye tilgjengelig informasjon om ulike sider ved kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. utfordringen er nå å bruke og nyttiggjøre seg kunnskapen til å gjennomføre forberedninger der det er behov for forberedninger.

For at forskriften skal fungere etter sitt formål, er det avgjørende at ledere og styrer i kommunal virksomhet og i helseforetakene etterspør relevant informasjon om egne kvalitetsutfordringer. Ledere må også undersøke om igangsatte tiltak gir ønsket effekt, og påse at styringssystemet, inkludert risikostyringen, fungerer i tråd med hensikten og bidrar til kvalitetsforbedring av tjenestene.

Kommuner og helseforetak anbefales å bruke resultater fra kvalitetsindikatorer, tilsyn, kvalitetsregistre, Helseatlas, pasientskadekartlegginger, NPE, meldeordninger, Samdata og andre kilder for å gjøre seg kjent med egne resultater og se disse i sammenheng med forholdene på sitt eget sykehus og i egen virksomhet. Det er viktig med ledelsesmessig oppfølging og målrettede forberedningstiltak på de områdene hvor virksomheten ikke når fastsatte mål eller avviker fra landsgjennomsnittet og/eller andre enheter som det er naturlig å sammenligne seg med.

Forskriften stiller spesifikt krav om å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt, og områder hvor det er behov for vesentlig forberedning av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten, samt planlegge og iverksette tiltak for å redusere risikoen. Overgangen innad og mellom tjenestenivå er kjente risikoområder som fordrer godt samarbeid og kommunikasjon mellom ulike aktører. Forskriften pålegger derfor virksomhetene å legge særlig vekt på å redusere risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt.

### **Arbeidsmiljø og pasientsikkerhet**

God kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best i kulturer der medarbeidere og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring og en faglig ambisjon om å stadig utvikle seg og bli bedre. Det fordrer videre en kultur der en er åpen om og melder fra om uønskede hendelser og er



opptatt av å finne ut hvordan hendelsen kunne skje, og finne årsaker og tiltak på systemnivå fremfor å gi skylden til enkeltpersoner. Det handler også om å rette oppmerksomheten mot det som går godt, spre god praksis og lære av hverandre. Gode arbeidsmiljø bidrar dessuten til å legge grunnlaget for god og sikker pasientbehandling. Dette krever også en toppledelse som prioriterer systematisk arbeid med helse, miljø og sikkerhet og ser dette i sammenheng med pasientsikkerhet. Dette er bakgrunnen for at oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene de siste årene har slått fast at helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

## 8.2 Komiteens merknader

Komiteen anerkjenner at god ledelse, rett kompetanse og tydelige rutiner er avgjørende for kvalitet og sikkerhet i helsetjenestene. De ansatte er den viktigste ressursen vi har i helsetjenesten. Komiteen viser til at meldingen avdekker risikoområder som kommuner, helseforetak og private tjenesteytere forventes å bruke som kunnskapsgrunnlag i planlegging, utøvelse, evaluering og korrigerende av helse- og omsorgshjelp. Komiteen mener at når svikt og skader først har oppstått, må disse brukes til læring for å redusere risikoen for lignende feil i fremtiden. Komiteen vil påpeke at utgangspunktet for å lære av feil er at man faktisk rapporterer og jobber systematisk med feilene. Det er viktig med en kultur der avviksrapportering og oppfølging oppfattes positivt, og at dette integreres som en del av det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. Komiteen viser til at enkelte temaer er gjengangere fra år til år, eksempelvis sepsis, kols og diabetes, og etterlyser mer fokus på en handlingsdel som viser hvordan man skal jobbe systematisk med disse fremover.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti viser til at departementet understreker betydningen arbeidsmiljøet har for pasientsikkerhet og kvalitet. Disse medlemmer viser til at et kriterium som knapt er omtalt i meldingen, er hvorvidt helseinsti-

tusjonene har ubesatte stillinger, eller stillinger som er bemannet av ufaglærte eller i stor grad er basert på innleie eller vikariater. Disse medlemmer viser til at en større andel av ansatte i trygge, hele og faste stillinger vil bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet. Det gir ansatte som kjenner pasientene og rutinene, og som har tilknytning til arbeidsplassen. Disse medlemmer viser til at for lav bemanning, slik det omtales under punktet om fødselsomsorg, også kan utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Dette har vi sett den ytterste konsekvensen av i Helse Bergen, der fylkeslegen i vedtak i desember 2018 fastslo at en pasient i akuttmottaket ikke fikk forsvarlig behandling da han døde tidligere samme år. Fylkeslegen slo samtidig fast at de ansatte gjorde så godt de kunne innenfor de rammene som var gitt. De ansatte på den aktuelle avdelingen hadde over en toårsperiode varslet om farlig lav bemanning. Disse medlemmer mener spørsmålet om bemanning er et så alvorlig spørsmål at det bør vurderes i den årlige meldingen til Stortinget om pasientsikkerhet og kvalitet, i større omfang enn som et ledd i en arbeidsmiljøundersøkelse.

## 9. Forslag fra mindretall

**Forslag fra Arbeiderpartiet, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti:**

### *Forslag 1*

Stortinget ber regjeringen om å legge frem en ny, overordnet stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene, med konkrete mål og tiltak som følges opp med årlige meldinger.

## 10. Komiteens tilråding

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

vedtak:

Meld. St. 11 (2018–2019) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2017 – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 5. mars 2019

**Geir Jørgen Bekkevold**

leder

**Tuva Moflag**

ordfører





