



Innst. 250 S

(2012–2013)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 10 (2012–2013)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om god kvalitet – trygge tjenester –Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten

Til Stortinget

Sammendrag

Innledning

I stortingsmeldingen presenteres regjeringens politikk for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helse- og omsorgstjenesten. Regjeringens mål er et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud, økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.

For å nå de overordnede målene for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet skal det gjennomføres tiltak på følgende områder:

- Mer aktiv pasient- og brukerrolle
- Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet
- Kvalitetsforbedring i tjenestene
- Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet
- Mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder
- Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

Status og utfordringer

I meldingen beskrives utviklingen i kvalitetsarbeidet de siste årene og hvilke utfordringer helse- og omsorgstjenesten står overfor i dag. Det framholdes at det har vært en utvikling i retning av økende oppmerksomheten på kvalitet og pasientsikkerhet som er reflektert i sentrale politiske dokumenter. Det vises til at regjeringen i Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal

helse- og omsorgsplan (2011–2015) framholder at sentrale rammebetingelser langt på vei er på plass, men at det er et behov for en overordnet drøfting av hvordan virkemidlene innvirker på kvalitet og pasientsikkerhet.

Det har vært flere prosjekter rettet mot tjenesteutvikling og kvalitetsutvikling både i den kommunale helse- og omsorgssektoren og i spesialisthelsetjenesten. I de senere årene har kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet fått en sterkere organisatorisk forankring på nasjonalt nivå.

Til grunn for dagens arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet ligger veilederen Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «Og bedre skal det bli!» fra 2005. Veilederen inneholder et overordnet rammeverk som skal støtte tjenesten i arbeidet med å utøve tjenester med god kvalitet.

Det redegjøres for utviklingen av kvalitetsindikatorer og registre.

Det vises til at Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten ble opprettet i 2004, og at det ble etablert en nasjonal enhet for pasientsikkerhet ved Kunnskapssenteret i 2007. Samme år ble Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten innlemmet i Kunnskapssenteret. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble etablert i 2007 for å tydeliggjøre aktørenes roller og ansvar i kvalitets- og prioriteringsarbeidet, bedre samhandlingen mellom nivåene og skape mer helhet i og åpenhet om kvalitets- og prioriteringsarbeidet.

Det redegjøres for den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» som startet i 2011.

Videre blir det redegjort for arbeidet med uønskede hendelser, og det vises til at det i 2010 ble etablert en utrykningsgruppe i Helsetilsynet for å bedre oppfølgingen av særlig alvorlige hendelser.

I 2011 trådte et nytt styringssystem for organisering av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten i kraft.

Fra 2012 ble det etablert et nytt system for innføring av nye metoder og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.

Alle norske sykehus har i 2010 og 2011 kartlagt omfang av pasientskader. Kartleggingen viser at rundt 16 prosent av pasientoppholdene både i 2010 og 2011 var forbundet med minst én skade. I 9 prosent av pasientoppholdene oppsto det skade som førte til forlenget sykehusopphold eller alvorligere konsekvenser. Det presiseres at det ikke er grunnlag for å si at Norge verken har flere eller færre pasientskader enn andre land det er naturlig å sammenlikne med.

Det uttales at selv om norske helse- og omsorgstjenester er blant de beste i verden og sentrale rammebetingelser for å sikre systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er på plass, er det fortsatt et betydelig rom for forbedringer. De viktigste utfordringene blir oppsummert i følgende punkter:

- Kartleggingene av omfang av pasientskader viser at det er utfordringer knyttet til pasientsikkerhet.
- Helsetjenesteassosierte infeksjoner og uheldig legemiddelbruk er de vanligste årsakene til pasientskader.
- De nasjonale pasientundersøkelsene viser at pasientene gir dårlig skår på områder som ventetider, informasjon og koordinering mellom tjenestene.
- Tilsyn tyder på at det er mangelfull kvalitetsstyring og kontroll og at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet er for dårlig forankret i ledelsen.
- Det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil.
- Det er til dels store variasjoner i tilbudet, i diagnostikk og behandlingen av like tilstander.
- Det er behov for mer kunnskap om kvalitet og sikkerhet i tjenesten.

Kvalitetsarbeid i andre land og internasjonale organisasjoner

Det redegjøres for kvalitetsarbeid i andre land (Danmark, Sverige, Skottland, England og Nederland) og i internasjonale organisasjoner (EU, Verdens helseorganisasjon, OECD og Nordisk ministerråd), og dette omtales som en viktig kilde til kunnskap og informasjon for å videreutvikle arbeidet i Norge. Det framholdes at selv om utfordringene varierer og helse-systemene og prioriteringene er forskjellige, står landene overfor mange av de samme problemstillingene og kan ha nytte av å lære av hverandres erfaringer.

Regjeringen er opptatt av at Norge skal videreføre engasjementet i internasjonalt samarbeid om kvalitet og pasientsikkerhet. Det framholdes at norsk

helse- og omsorgstjeneste skal bygge på nasjonal og internasjonal kunnskap, og at det skal legges vekt på internasjonale anbefalinger.

En mer aktiv pasient- og brukerrolle

Regjeringen har som mål å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Det betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak, og at pasient og bruker skal oppleve at de blir ivaretatt, sett og hørt. Begrepet «brukerorientering» innebærer også en mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden, og fagkunnskap på den andre.

Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem. De skal bli møtt med empati og bli behandlet med verdighet og respekt, og deres verdier og preferanser skal vektlegges i utforming av tilbudet. Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring.

Som de viktigste virkemidlene for å bidra til en mer aktiv pasient- og brukerrolle framholdes å utvikle selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon og beslutningsstøtteverktøy, å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker og å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Videre handler det om å styrke helsepersonellens kompetanse i kommunikasjon, opprette koordineringsfunksjoner til støtte for pasienter og brukere, samarbeide med pasient- og brukerorganisasjonene om å styrke pasient- og brukeropplæringstilbudene, og gjennomføre brukererfæringsundersøkelser som legges til grunn for videreutvikling av tjenestene.

Regjeringen vil

- videreutvikle nettstedet helsenorge.no slik at informasjon om forhold som påvirker helse og sykdom, tilgjengelige behandlings- og omsorgstilbud, kvalitet på tilbudene og pasient- og brukerrettigheter blir lettere tilgjengelig,
- utvikle selvbetjeningsløsninger i regi av helsenorge.no som gjør det enklere for pasienter og brukere å bestille eller endre timeavtaler, få tilgang til egne helseopplysninger og komme i kontakt med helsepersonell,
- legge fram et forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven for å styrke pasientenes rettigheter,
- foreslå endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker,
- sørge for at brukerperspektivet får en sentral plass i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere,

- utvikle og implementere beslutningsstøtteverktøy for å hjelpe pasienter og brukere til aktiv medbestemmelse,
- videreutvikle og implementere tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom pasienter og brukere og helse- og omsorgspersonell,
- videreutvikle brukererfaringsundersøkelsene og utvikle flere pasient- og brukerrapporterte effektmål,
- samarbeide med pasient- og brukerorganisasjonene for å styrke pasient- og brukeropplæringstilbudene,
- stimulere til økt brukermedvirkning i forskning og innovasjon.

Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet

Regjeringen har som mål å etablere strukturer som støtter kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Det handler om hvordan organiseringen av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, gjeldende regelverk, finansieringen av helse- og omsorgstjenesten og andre tilgjengelige styringsvirkemidler i større grad kan bidra til kvalitet og pasientsikkerhet.

Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede muligheten for ikke å gi DRG-poeng for skader sykehuset har påført pasienten.

Regjeringen vil vurdere om flere selvadministrerte legemiddelbehandlinger som styres av spesialisthelsetjenesten, men som i dag finansieres av folketrygden, bør overføres til helseforetaksfinansiering. Regjeringen vil også vurdere om det skal gjennomføres helseøkonomiske vurderinger for visse kostbare legemidler som finansieres av folketrygden etter ordningen med individuell refusjon.

Det redegjøres for ordninger med akkreditering og sertifisering i Norge og i andre land. Det uttales at det foreløpig ikke er aktuelt å stille et generelt krav om akkreditering og/eller sertifisering av virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, men at virksomhetene står fritt til å velge akkreditering og/eller sertifisering som verktøy for systematisk kvalitetsforbedring dersom de anser dette som hensiktsmessig. På enkelte områder hvor det i dag er krav om offentlig godkjenning av virksomheter eller deler av virksomheter, kan det være aktuelt å vurdere om akkreditering kan være en hensiktsmessig løsning, og det kan være aktuelt å stille krav om personellsertifisering på områder som stiller særlige krav til kompetanse og ferdigheter.

Regjeringen vil

- systematisere og videreutvikle virkemidler og tiltak for å støtte kommunene i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet,

- sette kvalitet og pasientsikkerhet på dagsordenen i styringsdialogen med de regionale helseforetakene,
- videreutvikle partnerskapet med KS gjennom kvalitetsavtalen og samhandlingsavtalen,
- sette i verk et nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten,
- sende på høring forslag om en felles forskrift for internkontroll, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet,
- vurdere endringer i tannhelsesloven for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet,
- endre utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn til en undersøkelsessenhetsenhet for behandling av varsel om alvorlige hendelser,
- gjennomføre en bred utredning om hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten,
- sende på høring forslag til endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker.

Kvalitetsforbedring i tjenesten

Regjeringen har som mål at kvalitetsarbeidet i større grad enn i dag skal være integrert i ordinær virksomhet. Det handler om å utvikle kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke kompetanse hos ledere og ansatte, forbedre og iverksette rutiner for å forebygge og lære av feil, og systematisk ta i bruk ny kunnskap, faglige retningslinjer, og annen kompetansestøtte. Resultater på kvalitet skal måles og etterspørres av ledere på alle nivåer.

Regjeringen vil

- etablere et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet,
- forbedre systemet for utvikling og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere,
- stimulere til utvikling av nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring,
- videreutvikle kompetansesentrene som kunnskapsstøtte for helse- og omsorgstjenesten i kommunene,
- videreutvikle lederopplæring i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med KS,
- implementere nasjonal lederplattform for helseforetakene og styrke arbeidet med nasjonalt lederutviklingsprogram,
- videreutvikle og forenkle meldeordningen for uønskede hendelser.

Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Regjeringen har som mål at det skal være større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det understrekes at åpenhet er vik-

tig som grunnlag for pasienter og brukeres valg av tjenester og nødvendig for å gi befolkningen informasjon om hva helse- og omsorgstjenestene yter, og om det er samsvar mellom ressursinnsats og resultat. Det er nødvendig å skaffe data på områder hvor dette mangler, gjøre dataene tilgjengelig for alle som har interesser knyttet til dem, og sørge for at dataene tas i bruk i praktisk evaluerings- og forbedringsarbeid.

Det framholdes at for å nå målet om større åpenhet må det satses langt sterkere på utvikling av kvalitetsindikatorer i årene framover.

Regjeringen vil

- legge en plan for hvilke områder som skal prioriteres og legge føringer for framdriften i arbeidet med å utvikle nye kvalitetsindikatorer,
- forbedre og effektivisere prosessen med å utvikle nye indikatorer og se utviklingsarbeidet i sammenheng med nasjonale faglige retningslinjer,
- gjennomføre et prosjekt om måling og rapportering for å kartlegge hva som rapporteres i dag og vurdere forenkling og opprydding i rutinene,
- bruke kvalitetsindikatorer mer aktivt i styringsdialogen med regionale helseforetak,
- gjennom nasjonalt helseregisterprosjekt, sørge for at sentrale helse- og kvalitetsregistre utnyttes bedre som datakilde,
- utrede etablering av et sentralt helseregister med personentydige data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten,
- bygge opp og samordne kompetansen på indikatorområdet,
- publisere flere resultatindikatorer for spesialisthelsetjenesten og oppfordre kommuner til å publisere kvalitetsinformasjon på nettsidene,
- videreutvikle pasient- og brukerundersøkelser og utvikle pasientrapporterte effektmål.

Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder

Regjeringen har som mål å legge til rette for utvikling av nye virkningsfulle og effektive behandlingsmetoder på en trygg måte for pasientene. Det skal legges klarere rammer for utprøving og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten for å sikre faglig forsvarlighet og riktig prioritering av ressursene.

Regjeringen vil

- innføre og videreutvikle systemet for bruk av metodevurdering før nye metoder tas i bruk i spesialisthelsetjenesten,
- etablere retningslinjer for hurtig metodevurdering for ny teknologi i spesialisthelsetjenesten,

- gjennomføre hurtig metodevurdering for legemidler som finansieres av spesialisthelsetjenesten,
- endre prioriteringsforskriften for å få på plass en klarere begrepsbruk knyttet til utprøvende behandling,
- etablere nasjonale prinsipper for bruk av utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten,
- sørge for at prinsippene for utprøvende behandling formidles i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og legges til grunn for arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer og handlingsprogrammer,
- videreutvikle det nasjonale nettverket for klinisk forskning (NorCRIN) og etablere et nordisk samarbeid om kliniske multisenterstudier.

Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

Regjeringens mål er at forskning, innovasjon og utdanning i større grad enn i dag skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det handler om å stimulere til forskning som er relevant for tjenesten, ta i bruk ny kunnskap, bruke forskning som redskap i planlegging og kvalitetssikring, og utnytte praksisnær forskning i kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Det understrekes at godt samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgssektoren er av stor betydning. Videre framholdes det at det er nødvendig med godt samarbeid mellom klinisk forskning, translasjonsforskning og grunnforskning for å utnytte forskningen effektivt. Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nye arbeidsrutiner og måter å levere tjenester på.

Tjenestenes behov for kompetanse skal være grunnlaget for innholdet i utdanningene. Målet er å utdanne kandidater som kan reflektere over egen yrkespraksis og bidra til systematisk kvalitetsutvikling innenfor eget fagområde. Kunnskaps- og kompetanseheving skal være en kontinuerlig prosess for å sikre forsvarlighet i pasientbehandlingen.

Regjeringen vil

- videreføre satsingen på helse- og omsorgstjenesteforskning og innovasjon og utvikle en overordnet strategi for helse- og omsorgstjenesteforskning,
- stille krav om mer systematisk bruk av kunnskapsoppsummeringer og data om forskning og kvalitet som grunnlag for å avdekke forskningsbehov og prioritere forskningsprosjekter,
- gjennomgå kompetansekravene i grunnutdanningene og vurdere kvaliteten på praksisutdanningene,

- bidra til at metoder for kvalitetsforbedringsarbeid inngår som en del av videre- og etterutdanninger for helse- og omsorgspersonell,
- vurdere nye krav til spesialistkompetanse som følge av medisinsk faglig utvikling og andre endringer i helsetjenesten,
- foreslå en ny autorisasjonsordning for helsepersonell som har utdanning fra land utenfor EØS-området.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Det framholdes at i utgangspunktet skal arbeidet for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet skje innenfor gjeldende økonomiske rammer og administrative systemer, men at det på enkelte områder kan være aktuelt å vurdere omdisponering av ressurser. Eventuelle nye tiltak for å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet vil bli fremmet i ordinære budsjettframlegg.

Arbeidet med å legge til rette for selvbetjeningsløsninger og videreutvikle nettsteder og informasjonstjenester vil kreve investeringer og midler til drift. Det samme gjelder utvikling av beslutningsstøtteverktøy for brukere og pasienter. Samtidig vil slike løsninger i noen tilfeller også kunne bidra til reduserte kostnader. Regjeringen har foreslått midler til videreutvikling av tjenestene i regi av helseportalen i statsbudsjettet for 2013.

Regjeringen foreslår å etablere en permanent enhet i Statens helsetilsyn for oppfølging av særlig alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten. I budsjettet for 2013 er det foreslått at Statens helsetilsyn skal styrkes med midler til etablering av enheten. Ut over dette inneholder ikke stortingsmeldingen forslag til organisatoriske endringer.

Arbeidet med å forbedre faglige retningslinjer og veiledere, videreutvikling og forenkling av meldesystemet for uønskede hendelser og videreutvikling av nettverk og arenaer for læring skal i utgangspunktet gjennomføres innenfor eksisterende administrative og økonomiske rammer.

I statsbudsjettet for 2013 er det bevilget midler til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Statens legemiddelverk til gjennomføring av metodevurderinger.

Komiteens merknader

Innledning

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Thomas Breen, Tove Karoline Knutsen, Sonja Mandt, Wenche Olsen og Anita Orlund, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, og fra Senterpartiet,

Kjersti Toppe, mener Norge har gode helse- og omsorgstjenester takket være sterke fellesskapsløsninger. Flertallet mener at regjeringen ved å legge fram denne stortingsmeldingen igjen viser at den har høye mål for helse- og omsorgstjenesten i Norge, og prioriterer pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid ved å sette pasienten i sentrum. Flertallet understreker at den rød-grønne regjeringen med dette er den første norske regjering som har lagt fram en helhetlig stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet for hele helse- og omsorgstjenesten. Flertallet viser til at denne regjeringen de siste årene har tatt et solid tak i pasientsikkerhet gjennom en egen kampanje som vil bidra med økt åpenhet, oppmerksomhet og kunnskap om pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene. Pasientsikkerhetskampanjen « I trygge hender » ble lansert i 2008 og lagt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kampanjen har gitt et viktig bidrag til å få ned tallet for pasientskader i sykehuse. Til tross for at Peter F. Hjorts rapport om pasientskader kom i 2003, mener flertallet at lite ble foretatt av den daværende borgerlige regjeringen på området kvalitet og pasientsikkerhet.

Flertallet har som mål at tjenestene skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted. Norge har lyktes med mye på disse områdene. Den norske helse- og omsorgstjenesten kommer godt ut i internasjonale sammenligninger om behandlingskvalitet. På flere områder er vi blant de beste i verden. Norge er også bedre rustet til å møte utfordringene med en aldrende befolkning enn de fleste andre land. En viktig årsak til dette er den nordiske velferdsmodellen som er basert på likestilling og høy yrkesaktivitet blant kvinner. Økonomisk styring og god kontroll med helheten i økonomien er en annen forutsetning for å styrke velferden og utvikle en offentlig helse- og omsorgstjeneste for framtiden.

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, fra Fremskrittspartiet, Jon Jæger Gåsvatn, Kari Kjønås Kjos og Morten Stordalen, fra Høyre, lederen Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Erna Solberg, fra Sosialistisk Venstreparti, fra Senterpartiet og fra Kristelig Folkeparti, Line Henriette Hjemdal, vil påpeke at det fortsatt er utfordringer på en del områder. Pasientskader fører til unødig lidelse og er en viktig årsak til forlenget sykehusopphold. Infeksjoner og feil bruk av legemidler er de to vanligste årsakene til pasientskader. Sett fra pasienter og brukeres ståsted er det også rom for forbedring. Det gjelder pasientenes syn på helsetjenesten, informasjonsflyt, kommunikasjon og koordinering mellom ulike deler av tjenesten. Her

kommer Norge dårligere ut enn flere andre land. Det kommer fram i rapporter og internasjonale sammenlikninger. Helsetilsynet melder at manglende kvalitetsstyring og kontroll påvirker pasientsikkerheten. Komiteen mener det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Det er også behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten.

Komiteen setter pris på at regjeringen i meldingen legger stor vekt på å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste med økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring, bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser.

Komiteen merker seg følgende hovedtiltak:

- Etablere et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet, der målet er færre pasientskader, bedre kultur i arbeidet med pasientens sikkerhet, sterkere involvering av kommunene og tydeligere involvering av pasienter, pårørende og brukere.
- Etablere permanent undersøkelsesenhet i Statens helsetilsyn, som rykker ut ved varsler om alvorlige hendelser.
- Gjennomføre en bred utredning om samfunnets oppfølging av alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten. Pårørende skal involveres i dette arbeidet.
- Forslag om lovendring for å styrke pasienter og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker.
- Gjennomføre et nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten, der en andel av bevilgningen gjøres avhengig av måloppnåelse for bedre kvalitet og bedre sikkerhet.
- Utvikle og publisere flere kvalitetsindikatorer og utrede etablering av et nasjonalt register for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Komiteen er opptatt av at pasienter og brukere opplever å bli ivaretatt, sett og hørt når de er i kontakt med helse- og omsorgstjenestene – på alle nivåer. Aktiv medbestemmelse kan bidra til bedre resultater for pasienten og bedre utnyttelse av ressursene. Komiteen viser til at det handler om å trekke pasienter, brukere og pårørende mer aktivt inn i beslutninger om eget omsorgstilbud eller behandlingsopplegg. Komiteen mener dette også gjelder barn og unge, og ber derfor regjeringen vurdere behovet for en nasjonal strategi for ungdomshelse, slik at ungdom i fremtiden vil bli mer helhetlig ivaretatt i helse- og omsorgstjenesten.

Komiteen understreker betydningen av læring for nødvendig endring og forbedring på alle nivåer i helse- og omsorgstjenestene. Derfor viser komiteen til bedring av kvaliteten på tjenestene ved å lære av uønskede hendelser og feil. Kunnskap om kvaliteten og pasientsikkerheten og åpenhet om

resultatene er derfor nødvendig. Komiteen mener at måling av kvalitet og åpenhet om resultatene av målingen er nødvendig for videreutvikling av helse-tjenestene. Komiteen er opptatt av at systemene for å avdekke og lære av uønskede hendelser og feil må bli bedre. Dette er samtidig avhengig av en generell åpenhetskultur i helse- og omsorgstjenesten.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til sine merknader under kapittelet «Status og utfordringer», der disse medlemmer tar til orde for en rekke forslag som vil bidra til bedre kvalitet i helsetjenesten.

Status og utfordringer

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til at takket være sterke fellesskapsløsninger har Norge gode helse- og omsorgstjenester. Hver dag får tusener av nordmenn god behandling gjennom den norske offentlige helse-tjenesten – og antallet behandlinger har økt betydelig de siste sju år. Flertallet viser til at tjenestene skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted. Flertallet mener man i stor grad har lyktes med mye på disse områdene. Med økt oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet bør befolkningen motta stadig bedre og likeverdige velferdstjenester. Flertallet mener ambisjonene bør være fortsatt å videreutvikle helse- og omsorgstjenestene fra å være blant de beste til å bli de beste.

Komiteen mener at man må løse utfordringer på en del områder: blant annet pasientskader, infeksjoner og feil bruk av legemidler. Tjenesten må bli flinkere til å implementere kjent kunnskap, og det kan ikke være opp til den enkelte ledelse eller behandlende lege å la være å bruke standarder man setter. Mange undersøkelser viser at det tar for lang tid å ta i bruk kjent kunnskap og gjennomføre endringer man vet virker. Ofte kan man ved enkle grep forebygge skader. Et eksempel er forsøk med sjekklistor for kirurgi, noe som har vist at man i stor grad kan forebygge skader ved inngrep. Komiteen mener det må være en selvfølge å ta i bruk slike kvalitetsverktøy når effekten er bevist å være stor. Skal man klare å få tjenesten til å endre kultur for implementering av kjent kunnskap, må man starte med å etterspørre dette fra alle nivåer i tjenesten, fra styrene og ned til den enkelte behandlende lege, men ansvaret for å få dette til ligger åpenbart i god ledelse.

Komiteen viser til meldinger fra Helsetilsynet om at manglende kvalitetsstyring og kontroll påvirker pasientsikkerheten, og at det er behov for å utvikle systemer og kulturer for å lære av feil. Det er

også behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenesten.

Komiteen viser til at helsetjenesten bidrar til å opprettholde folks helse eller gjenopprette folks helse og folks evne til å fungere. Komiteen er imidlertid opptatt av at altfor mange mennesker opplever å ikke få så gode tjenester som de burde. Komiteen understreker at kvalitetsproblemer i helse- og omsorgstjenestene ofte gjenspeiles i følgende faktorer:

- stor variasjon i bruk av helse- og omsorgstjenester,
- underforbruk av enkelte tjenester,
- overforbruk av andre tjenester,
- feil bruk av tjenester, inkludert et uakseptabelt antall feilbehandlinger.

Komiteen mener at et sentralt mål for å oppnå kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene er å ta vare på det som er bra i de eksisterende tjenestene, og samtidig rette oppmerksomheten mot de områdene som må forbedres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, viser til det faktum at overforbruk av helsetjenester – eller overbehandling – er en av de store utfordringene knyttet til kvalitetsforbedring.

Flertallet viser til undersøkelser i USA (jf. Agency for Healthcare Research and Quality, Facts Sheet no 02–P032/2002, U.S. Department of Health and Human Services Public Health Service) som tyder på at 30 prosent av alle helseutgifter i USA skyldes overbehandling/overforbruk. Overforbruk av helsetjenester er unødvendig, øker helseutgiftene og kan i verste fall være helseskadelig. Basert på kunnskapen fra USA mener flertallet det er grunn til å anta at overbehandling er et større problem jo større innslag man får av profittdrevne helsesystemer, og at overbehandling også må få større plass i vår egen debatt. I denne debatten blir utviklingen av nye og hensiktsmessige registre et sentralt punkt. Skal vi i framtiden kunne vite mer om hva som virker og ikke virker, må man ha gode muligheter til å måle effekten av behandling og samtidig kunne sammenlikne mellom sykehus og de forskjellige behandlingsmetodene de benytter.

Flertallet understreker at god kvalitet i den norske offentlige helse- og omsorgstjenesten først og fremst er et mål til beste for pasienten. Samtidig viser flertallet til at god kvalitet ofte også kan være kostnadseffektivt. Dette gjelder også i helse- og omsorgstjenesten, selv om det er åpenbart at det å satse på kvalitet krever ressurser på forskjellige plan. Flertallet viser til betydningen av en offentlig helse- og omsorgstjeneste som tar på alvor utfordrin-

gene knyttet til medisinske skader, feilaktige diagnoser, sykehusinfeksjoner, unødvendige komplikasjoner, reoperasjoner, dårlige arbeidsprosesser – fordi dette dreier seg om pasienter og samtidig kan være store kostnadsdrivere.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at internasjonale undersøkelser viser at det skjer en uheldig hendelse hos omtrent 10 prosent av alle pasienter som blir lagt inn i somatiske sykehus, inkludert både store og små hendelser. Dette betyr at den totale risikoen er stor.

En rapport utarbeidet av professor Peter F. Hjort for Sosial- og helsedirektoratet i 2003 viser at det er et betydelig omfang feil og uheldige hendelser i den norske helsetjenesten. Internasjonale tall overført til norske forhold skulle tilsi at såkalte «uheldige hendelser» i helsevesenet årlig fører til 2 000 dødsfall og 15 000 varig skadede pasienter.

Norsk pasientskadeerstatning betalte ut cirka 800 mill. kroner i 2010, og dette tallet har økt hvert eneste år, selv om grunnlaget for å få erstatning er strengt og har utviklet seg lite. Basert på internasjonal forskning kan en anslå de årlige kostnadene ved uheldige hendelser i somatiske sykehus til cirka to mrd. kroner, slik det er redegjort for i Peter F. Hjorts bok «Uheldige hendelser i helsevesenet» (2007, Gyldendal).

Disse medlemmer mener helse- og omsorgssektoren er spesiell fordi risikoen for en uheldig hendelse er stor på grunn av at aktiviteten i seg selv er risikofull. Dette forsterkes av at det er så mange mennesker som eksponeres for risikoen, og at konsekvensene av feil også ofte er svært store. På tross av denne profilen er det systematiske arbeidet med å sikre kvalitet og redusere risiko mangelfull. Hvis en ser til andre områder i samfunnet, for eksempel transportsektoren og petroleumsindustrien, vil en finne et helt annet systematisk arbeid som ligger til grunn for å høyne sikkerheten og redusere faren for feil. Dette gjelder både fra myndighetenes side og fra aktørene, selv om det på disse områdene er lavere risiko for skade og færre personer som er utsatt for risiko.

Professor Peter F. Hjort ga i 2010, sammen med Den norske legeforening, igjen ut en bok om samme tema, men da med en samling av pasientfortellinger. I boken skriver forfatteren om hensikten med den siste oppfølgeren:

«Jeg føler at denne boken (boken fra 2007) dessverre ikke har klart å skape et gjennombrudd for dette feltet i vårt land og i vår helsetjeneste. Etter mitt skjønn ligger Norge langt bak land som det er naturlig å sammenlikne seg med på dette området, særlig Danmark, Sverige og England. Jeg har selvfølgelig gremmet meg over dette, og derfor bestemte jeg meg for å skrive en ny bok som ikke bare skulle henvende

seg til tanken og hjernen, men også til følelsene og hjertet.»

Disse medlemmer vil vise til at Peter F. Hjort i 2004 overleverte til daværende helseminister Dagfinn Høybråten forslag til nasjonalt program for forebygging og håndtering av uheldige hendelser i helsetjenesten. I statsbudsjettet for 2005 ble Sosial- og helsedirektoratet bedt om å starte implementeringen av et system for registrering, analyse og forebygging av uheldige hendelser i helsetjenesten med den hensikt å opprette meldesystem som har kvalitetsforbedring og ikke straffereaksjon som formål.

I februar 2007 ble Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablert, men uten eget meldesystem. Dette skulle være noe annet enn de tilsynsfunksjoner knyttet til alvorlige feil og mangler som Statens helsetilsyn må ha. Dagfinn Høybråten tok opp dette med helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad i en interpellasjon 29. mai 2007.

Disse medlemmer viser til behandlingen av Prop. 91 L (2010–2011). Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti gikk imot endringen med å flytte meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 fra Statens helsetilsyn til Kunnskapssenteret ved Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

Disse medlemmer er glad for at regjeringen har lagt frem den første helhetlige stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Bakgrunnen for dette er den økte oppmerksomheten temaet har fått. Disse medlemmer mener at det i den sammenheng er grunn til å trekke frem innsatsen til Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus. I januar 2010 organiserte pårørende som hadde opplevd at en av deres nærmeste hadde dødd som følge av feil i helsetjenesten, seg. De startet et systematisk arbeid med både å fortelle sine historier til mediene og ha møter med politikere og myndigheter. Dette arbeidet har gitt resultater. Denne gruppen har klart det samme som Peter F. Hjort ønsket, berøre følelser og hjerte med sine historier, men også komme med konkrete forslag og politiske løsninger for å hindre at andre skal bli rammet på samme måte som deres familier.

Disse medlemmer viser til at alle norske sykehus i 2010 og 2011 har kartlagt omfanget av pasientskader. Disse kartleggingene bekrefter at størrelsesordenen på antallet skader er slik at rundt 16 prosent av alle opphold er forbundet med minst én skade, og at 9 prosent av oppholdene førte til skade som forlenget sykehusoppholdet eller hadde alvorlige konsekvenser.

Disse medlemmer slutter seg til de viktigste utfordringene som blir beskrevet i meldingen. Disse utfordringene kan etter disse medlemmers oppfatning grupperes inn i tre hovedområder som må endres i helse- og omsorgstjenesten:

1. Mer balansert ledelse
2. Bedre kvalitet og sikkerhetssystemer og mer systematisk arbeid
3. Endring i kultur gjennom mer åpenhet og respekt for pasientenes erfaringer

Disse medlemmer viser til at med bakgrunn i Peter F. Hjorts bok fra 2007 fremmet stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli 20. januar 2009 Representantforslag 29 S (2008–2009) om bedre kvalitet i sykehus. Der ble det fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en ny, helhetlig kvalitetsstrategi for sykehusene, herunder

1. Innføre en ordning med kvalitetssertifisering av alle norske sykehus og helseforetak.
2. Utarbeide og publisere flere kvalitetsindikatorer for sykehus, herunder indikatorer for dødelighet og pasientens funksjon før og etter behandling.
3. Utarbeide og offentliggjøre rapporter som sammenlikner kvalitet mellom ulike sykehus, helseforetak og helseregioner.
4. Informasjon om kvalitet må danne grunnlag for oppgavefordeling mellom sykehus for å gi pasientene trygghet for at de får best mulig behandling.
5. Det må utarbeides flere faglige retningslinjer for å sikre behandling av best mulig kvalitet.»

Disse medlemmer viser til at Stortingets flertall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet ved behandlingen av Innst. 204 S (2008–2009) valgte å vedlegge representantforslaget protokollen.

På bakgrunn av informasjon om pårørendes erfaringer med kontakt med Statens helsetilsyn fremmet stortingsrepresentantene Bent Høie og Sonja Irene Sjøli Representantforslag 106 S (2009–2010) om bedre rettssikkerhet for pasienter. Der ble følgende forslag fremmet:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til lovendring som sikrer at pasienten, eller den han/hun gir fullmakt, anses som part i saker der vedkommende har anmodet Helsetilsynet om en vurdering av brudd på helsepersonellovens bestemmelser. Lovendringen må sikre at pasienten eller vedkommendes representant har rett til innsyn i sakens dokumenter, samt adgang til å påklage vedtaket fra Helsetilsynet. Det må samtidig innføres regler som beskytter taushetsbelagt informasjon og ivaretar alle parter krav på personvern.»

På bakgrunn av ytterligere kontakt med Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus fremmet stortingsrepresentantene Bente Høie, Sonja Irene Sjøli og Laila Dávøy Representantforslag 146 S (2009–2010) om opprettelse av en «havarikommisjon» for helsetjenesten. Der ble det fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere en prøveordning med en «havarikommisjon» for helsesektoren etter modell fra havarikommisjonen for transportsektoren.

Stortinget ber regjeringen om å bygge opp spesialkompetanse i politiet i forhold til etterforskning av saker i helsesektoren.»

Forslaget ble nedstemt av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Dagen før Stortinget skulle behandle forslaget 9. februar 2011, holdt Pårørendegruppen en markering utenfor Stortinget til støtte for forslaget. Samme kveld uttalte statsministeren og helse- og omsorgsministeren at regjeringen skulle sette i gang arbeid med en egen stortingsmelding om kvalitet i helsetjenesten.

Åpenhet om kvalitet i helsetjenesten er avgjørende for å bedre kvaliteten. Det er også viktig å vektlegge den pasientopplevde kvaliteten. Derfor fremmet stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Svein Harberg Representantforslag 9 S (2010–2011) om bedre helsetjenester på nett. Der ble det fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en handlingsplan for å etablere en offentlig nettbasert helseportal med følgende elementer:

- kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, samt ulike sykdommer og lidelser
- god informasjon om helsetjenesten og ulike helsetilbud
- informasjon om kvalitet og ventetider
- informasjon om pasientrettigheter og instanser som kan bistå med å ivareta disse rettighetene
- mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsetjenesten, eksempelvis timebestilling
- gi pasienten innsyn i sin egen journal, og mulighet for å få informasjon om prøvesvar, henvisninger osv.»

Høsten 2011 fremmet stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli et nytt helhetlig representantforslag om bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Der ble det fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen etablere en mer balansert ledelse av helsetjenesten gjennom

- at oppdragsdokumentene og styringsdialogen skal legge like stor vekt på konkrete målsettinger om pasientsikkerhet og kvalitet som på økonomiske og andre styringsmessige parametre
- at den årlige tilsynsmeldingen fra Statens helse-tilsyn og Pasient- og brukerombudenes landsomfattende årsrapporter omgjøres til en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, etter modell fra Datatilsynets og Personvernemndas årsmeldinger som behandles som stortingsmelding årlig
- at Statens helsetilsyns landsomfattende tilsynsmeldinger om ulike tema i primærhelsetjenesten skal behandles i kommunestyrene

- at kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø skal være faste tema i foretaksmøter og på styremøter i helseforetakene. Sykehusenes kvalitetsutvalg skal få en tydeligere og mer aktiv rolle

Stortinget ber regjeringen etablere tydelige og nasjonale kvalitetssystemer i helsetjenesten gjennom

- at det må utvikles et nasjonalt system for dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring med gode nasjonale kvalitetsindikatorer som kan brukes til styringen av virksomheten, etter modell fra Danmark
- at pasientopplevd kvalitet skal tillegges like stor vekt som andre kvalitetsindikatorer. Det skal stilles krav til at spesialisthelsetjenesten og fastlegene skal innhente kunnskap om pasienter og pårørendes erfaringer og bruke dette i kvalitetsforbedringsarbeidet
- at et utvalg av indikatorer på pasientopplevd kvalitet skal offentliggjøres som grunnlag for pasientenes valg av tjenester
- at det må etableres standard internkontrollsystemer i helsetjenesten. Disse må bygge på erfaringer fra andre risikoområder, slik som luftfart, petroleumsvirksomhet og næringsmiddelvirksomhet.
- at det må etableres flere medisinske kvalitetsregistre og satses mer på bedre teknologiske løsninger som hever kvaliteten på registrene
- at alle helseforetakene skal være ISO-sertifiserte innen 2013.

Stortinget ber regjeringen arbeide for at det etableres en sikkerhetsfokusert og lærende kultur i helsetjenesten gjennom

- at helsetjenesten må utvikle retningslinjer for hvordan pasienter og pårørende skal møtes etter uheldige hendelser. Det må også være retningslinjer for hvordan helsepersonell som er involvert, skal ivaretas.
- at pasienter/pårørende må gis status som part i tilsynssaker som behandles av Helsetilsynet og dermed ha klagerett på Helsetilsynets avgjørelser.
- at anmodning om vurdering av pliktbrudd også skal gjelde systemfeil. Helsetjenesten må pålegges en plikt til tidlig etter at en uheldig hendelse har skjedd, å informere pasienter/pårørende om hva som har skjedd, hvorfor det skjedde og hva som gjøres for å hindre at noe lignende skjer igjen.
- at meldingene underlagt meldeplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 skal gå til Statens helsetilsyn, før de går videre til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester i anonymisert form.
- at det skal etableres en meldeordning for avvik for kommunehelsetjenesten.
- at det etableres en havarikommisjon for helsetjenesten.»

Disse medlemmer viser til at i Innst. 185 S (2010–2011) fremmet Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti forslag om å etablere en prøveordning med havarikommisjon for helsetjenesten. Videre sto de samme partiene i forbindelse med Innst. 177 S (2011–2012) sammen om forslag på tre

hovedstrategier for bedre kvalitet og pasientsikkerhet, med til sammen 18 konkrete tiltak. Dette er forslag som disse medlemmer vil følge opp videre i denne innstillingen.

Disse medlemmer registrerer at det i dag er store variasjoner med hensyn til ventetider for konsultasjoner, diagnostikk og behandlinger. Mange pasienter opplever i dag at de går altfor lenge uten å vite sitt planlagte behandlingsforløp. Det er nødvendig at pasientene i større grad får vite når det kan forventes diagnostisering og behandling ved de enkelte sykdomsforløp. Dersom pasienter fikk klare frister å forholde seg til, ville dette i seg selv oppleves som en tryggere behandling og et bedre pasientforløp. Noe av det som stadig nevnes fra pasienter, er retten til selv å kunne kjenne til fremdrift for sin sykdomsbehandling. Lange ventetider vil i en del sykdomstilfeller kunne gå ut over pasientsikkerheten. Dette skaper utrygghet for den enkelte pasient. I mange tilfeller vil en rask igangsatt behandling kunne bety langt større overlevelsessevne for den enkelte.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener derfor det bør innføres en behandlingsgaranti med individuelt fastsatt tidsfrist.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er viktig å få etablert en havari-kommisjon for helsesektoren. Mediene har de siste år vist flere tilfeller av uheldige hendelser, og mange av disse dessverre med dødelig utfall. Noen uheldige hendelser med dødelig utfall skyldes teknisk svikt av utstyr som ikke fungerer. Andre uheldige hendelser med dødelig utfall skyldes feil behandling; dette kan eksempelvis være feil legemiddelbruk. Flere av sakene som har vært i mediene de siste år, har vært uheldige hendelser med tragiske utfall etter relativt ukomplisert behandling. Felles for pårørende er at de sitter igjen med et inntrykk av at det er store mangler og utfordringer innenfor dagens helsevesen. Disse medlemmer er særlig opptatt av å sikre pårørende partsrettigheter i slike saker. Det ville gitt pårørende løpende oppdatering ved etterforskning eller ved at Helsetilsynet åpner tilsynssak, noe pårørende ofte påpeker er for dårlig i dag.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det også er behov for en grundigere gjennomgang av rutinene i helseforetakene knyttet til å melde avvik. Disse medlemmer har tidligere tatt til orde for en ordning der også pasienter og pårørende kan melde avvik i samme system som ansatte. Dette vil bidra til at flere avvik blir meldt, og dermed øker muligheten for å lære av egne

og andres feil samtidig som en unngår at det blir ulike, parallelle meldingssystemer.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er et ledelsesansvar å legge til rette for gode rutiner i kvalitetsutvalg. Det er også nødvendig at helseforetakenes styrer i større grad involveres både med tanke på avviksrutiner og ikke minst ved uheldige hendelser.

Disse medlemmer mener at det er grunnlag for en gjennomgang av praksis knyttet til håndteringen av uheldige hendelser. Det er avgjørende at systemet bidrar til at man lærer av egne og andres feil. Disse medlemmer mener videre det er viktig at det også foretas eksterne gjennomganger av sykehusenes rutiner. Disse medlemmer viser i den sammenheng til tidligere forslag om denne typen gjennomgang foretatt av selskaper som eksempelvis Det Norske Veritas. Disse medlemmer er overbevist om at en nasjonal standard på rutiner knyttet til internkontroll og avvikrapportering supplert med eksterne gjennomganger ville bidratt til å bedre rutinene i helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Innst. 185 S (2010–2011) hvor de fremmet følgende forslag.

«Stortinget ber regjeringen sikre at pårørende får partsrettigheter ved alvorlige uheldige hendelser i helsevesenet.»

«Stortinget ber regjeringen sikre at helseforetakene endrer avvikssystemer slik at også pårørende og pasienter kan melde avvik i behandlingen gjennom samme system som ansatte.»

«Stortinget ber regjeringen vurdere å gi rett til bistandsadvokat til pårørende ved alvorlige uheldige hendelser i helsevesenet.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det stilles krav til design av legemiddelforpakninger slik at feilmedisinering og feildosering i størst mulig grad kan unngås.»

«Stortinget ber regjeringen endre praksis for påtale der mulig straffbare handlinger skjer i helsesektoren, slik at politiet i langt større grad etterforsker saker på selvstendig grunnlag og ikke nødvendigvis etter rådførsel med Helsetilsynet.»

Disse medlemmer mener disse forslagene er like aktuelle i dag.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er viktig å ha en gjennomgang av dagens legemiddelpolitikk. Det skjer i dag mange skader som følge av feil bruk av legemidler; hele 14 prosent av skader som påføres pasienter, skyldes feil bruk av legemidler. I tillegg er det i Norge slik det i

dag fungerer, store utfordringer med å få innovative kreftlegemidler raskt ut til pasientene. Det er store utfordringer og svakheter ved finansieringsordninger, retningslinjer og prioriteringer ved innføring av nye legemidler i helseforetakene. Disse medlemmer viser til Innst. 208 S (2012–2013) til Representantforslag 21 S (2012–2013) fra stortingsrepresentantene Per Arne Olsen, Kari Kjønnas Kjos og Tord Lien.

Disse medlemmer viser til Innst. 418 S (2010–2011) der følgende forslag som ville økt både trygghet og kvalitet på tjenesten, ble nedstemt av Stortingets flertall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:

«Stortinget ber regjeringen igangsette arbeid for å innføre et «pakkeforløp» innen kreftomsorgen og deler av iskemisk hjertesykdom etter dansk modell.»

«Stortinget ber regjeringen sørge for at det utarbeides prognoser for forventet ventetid på behandling av de ulike kreftformene, slik at kreftpasienter kan velge sykehus også ut fra forventet ventetid, på lik linje med andre pasienter.»

Disse medlemmer mener at Norge her kunne lært mye av pakkeforløpene som Danmark har når det gjelder behandling av denne type pasienter.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener en viktig faktor for å lykkes med god pasientbehandling er å sette behandlingsinstitusjoner i økonomisk stand til å gjøre en god og kvalitativ behandling. Disse medlemmer mener det også må legges til rette for å utnytte ledig kapasitet i de private behandlingsinstitusjonene. Dette krever at det bevilges mer penger enn dagens budsjettammer legger opp til. Disse medlemmer viser i den sammenheng til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett for 2013 der Fremskrittspartiet foreslo en betydelig økning av helseforetakenes budsjetter, noe som ville bidratt til større mulighet til å øke både egenproduksjon og kjøp av private plasser. Dette ville etter disse medlemmers syn også bidratt til økonomisk handlingsrom til å arbeide målrettet med kvalitetsutvikling både gjennom systematisk arbeid og gjennom økte investeringer i utstyr og bygg.

Disse medlemmer mener det er viktig å få på plass et nasjonalt IKT-system som sikrer at det blir et felles system for sykehusene. Til dette må det avsettes egne investeringsmidler slik at det ikke vil gå ut over driften ved sykehusene. Dagens system legger opp til at hvert enkelt sykehus må bruke av sine driftsmidler til investeringer i sitt eget IKT-system. Dette er ikke noen heldig ordning da det rammer driften av primær oppgavene ved landets sykehus. I tillegg vil det ikke være noen optimal løsning at det enkelte sykehus investerer i IKT-systemer som ikke

kommuniserer med andre sykehus. Disse medlemmer mener derfor det er avgjørende at det avsettes egne investeringsmidler for et nasjonalt IKT-system i de kommende budsjetter. Ved en slik satsing vil det kunne igangsettes en felles nasjonal IKT-løsning der viktig pasientinformasjon kan utveksles mellom landets sykehus. En slik ordning bør også på sikt utvides til å omfatte primærhelsetjenesten. En felles løsning vil kunne være med på å styrke pasientsikkerheten betydelig. Det har vært enkeltepisoder der journaler ikke har vært tilgjengelige ved viktig pasientbehandling fordi journalen kun har ligget i papirformat på et sykehus eller hos en fastlege. Disse medlemmer viser til budsjettbehandlingen for 2013, jf. Innst. 11 S (2012–2013) der Fremskrittspartiet tar til orde for egne investeringsmidler til et nasjonalt IKT-system. Disse medlemmer viser også til at Fremskrittspartiet har fremmet flere forslag for å styrke IKT-systemene i offentlig sektor generelt og i helsetjenesten spesielt. Disse medlemmer viser i den sammenheng til Dokument 8:94 S (2011–2012) og Innst. 341 S (2011–2012) der Fremskrittspartiet foreslår en IKT-havarikommisjon. Det vises videre til Dokument 8:24 S (2011–2012) der en samlet opposisjon står bak et forslag om en nasjonal plan for investeringer i IKT.

Disse medlemmer mener det er et stort paradoks at helsetjenesten som de siste ti årene har hatt en formidabel medisinsk utvikling, har så dårlige betingelser på utstyrssiden, både hva gjelder medisinskteknisk utstyr, og spesielt på IKT. Mangelfulle systemer gjør at informasjonsflyten stopper opp og øker risikoen for at sensitiv pasientinformasjon kan komme på avveie.

Disse medlemmer mener derfor at en ny, nasjonal IKT-strategi for helsetjenesten er avgjørende for å kunne bidra til kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Disse medlemmer fremmer på denne bakgrunn følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2013 legge frem en forpliktende plan for innføring av et nasjonalt IKT-system for helsesektoren som bidrar til å bedre intern kommunikasjon, informasjonsflyt mellom sykehusene og bedret pasientsikkerhet.»

Kvalitetsarbeid i andre land

Komiteen viser til blant annet Danmark og Sverige som begge årlig offentliggjør resultater og kvalitetsregister. Disse deles mellom sykehusene og offentliggjøres slik at pasienter kan gå inn og vurdere sykehus ut fra de resultater og kvaliteter det enkelte sykehus har. Sykehus som skårer lavt på enkelte behandlinger, kan lære av dem som skårer høyt.

Dette har bidratt til at kvaliteten har økt. Komiteen mener derfor at det er viktig å offentliggjøre resultater for det enkelte sykehus som et ledd i fokus på økt kvalitet.

En mer aktiv pasient- og brukerrolle

Komiteen vil påpeke at pasienter og brukere som har behov for tjenester fra flere forskjellige tjenesteytere, eller som skal igjennom et omfattende utrednings- og behandlingsforløp, vil ha stort behov for at tilbudet framstår helhetlig og sammenhengende. Helseforetakene bør vurdere å etablere standardiserte planer for pasientgrupper som skal gjennom utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten. Ved å lage skriftlige planer med antatte tidspunkter for utredning og behandling kan situasjonen gjøres mer forutsigbar for pasientene. Utrednings- og behandlingsplanen vil også bidra til bedre planlegging og utnyttelse av ressursene i tjenesten.

Komiteen vil særlig framheve de utfordringer mennesker med kroniske lidelser og nedsatt funksjonsevne har. Her er det spesielt viktig å få støtte til mestring og egenomsorg, til å kunne klare seg selv i egen bolig og til å leve et aktivt liv. Målet for disse menneskene er ofte å opprettholde eller bedre funksjonsnivå og livskvalitet, ikke helbredelse. Behandleren vil ha en rolle som partner og pedagog, og den tradisjonelle konsultasjonsmodellen er ofte uegnet. For at mennesker med kroniske lidelser skal kunne ta en mer aktiv rolle i egen behandling og omsorg, må det satses betydelig på pasient- og brukeropplæring. Egnede verktøy tilpasset ulike pasient- og brukergrupper må videreutvikles.

Komiteen slutter seg til meldingens påpeking av at de viktigste virkemidlene for å bidra til en mer aktiv pasient- og brukerrolle er å utvikle selvbetjeningsløsninger, brukervennlig informasjon og beslutningsstøtteverktøy, å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker og å oppheve skillet mellom rettighetspasienter og ikke-rettighetspasienter. Videre handler det om å styrke helsepersonellens kompetanse i kommunikasjon, opprette koordineringsfunksjoner til støtte for pasienter og brukere, samarbeide med pasient- og brukerorganisasjonene om å styrke pasient- og brukeropplæringstilbudene og gjennomføre brukererfaringsundersøkelser som legges til grunn for videreutvikling av tjenestene.

Komiteen deler regjeringens mål om å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Dette betyr at behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger og tiltak. Begrepet «brukerorientering» innebærer også en mer likeverdig vektning av brukerkunnskap og erfaringer på den ene siden og fagkunnskap på den andre siden.

Komiteen vil understreke at barn og unge også skal involveres i egen helse gjennom brukermedvirkning, og at dette perspektivet må vektlegges i arbeidet med en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste. Komiteen mener det er nødvendig at ungdom med kroniske lidelser og/eller funksjonshemning involveres i arbeidet med å skape en mer brukerorientert tjeneste – også for barn og unge.

Komiteen mener det er avgjørende at pasienter og pårørende skal få informasjon og støtte slik at de kan delta aktivt i beslutninger som angår dem. Pasienter og brukere skal få informasjon og støtte til egenomsorg og mestring. Pasient- og brukerorientering har stor betydning for pasientsikkerhet. Feil kan forebygges gjennom pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter og helse- og omsorgspersonell.

Komiteen slutter seg til de ti tiltak som foreslås i meldingen for en mer aktiv pasient- og brukerrolle. Disse tiltakene er:

- videreutvikle nettstedet helsenorge.no slik at informasjon om forhold som påvirker helse og sykdom, tilgjengelige behandlings- og omsorgstilbud, kvalitet på tilbudene og pasient- og brukerrettigheter blir lettere tilgjengelig,
- utvikle selvbetjeningsløsninger i regi av helsenorge.no som gjør det enklere for pasienter og brukere å bestille eller endre timeavtaler, få tilgang til egne helseopplysninger og komme i kontakt med helsepersonell,
- legge fram et forslag om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven for å styrke pasientenes rettigheter,
- foreslå endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker,
- sørge for at brukerperspektivet får en sentral plass i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle faglige retningslinjer og veiledere,
- utvikle og implementere beslutningsstøtteverktøy for å hjelpe pasienter og brukere til aktiv medbestemmelse,
- videreutvikle og implementere tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom pasienter og brukere og helse- og omsorgspersonell,
- videreutvikle brukererfaringsundersøkelsene og utvikle flere pasient- og brukerrapporterte effektmål,
- samarbeide med pasient- og brukerorganisasjonene for å styrke pasient- og brukeropplæringstilbudene.
- stimulere til økt brukermedvirkning i forskning og innovasjon.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti slutter seg til målet om å utvikle en mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste, der behov og forventninger hos pasienter, brukere og pårørende skal være utgangspunkt for beslutninger om pasienten og behandlingen. Brukerne av helse- og omsorgstjenesten skal bli ivaretatt, sett og hørt. Pasienten, brukeren og dennes pårørende kjenner kroppen, helsetilstanden og uttrykksformen til seg eller sine nærmeste best. Det er derfor avgjørende at helsepersonell vektlegger denne kunnskapen og erfaringen på en mer likeverdig måte. I flere av historiene til Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i helsetjenesten, har pasient eller pårørende gitt beskjed om at de opplevde at noe var galt, uten å oppleve at de ble tatt på alvor. En mer aktiv pasient- og brukerrolle krever derfor også en kulturrendring i tjenesten.

Disse medlemmer viser til en undersøkelse presentert i det medisinske tidsskriftet *The Lancet* (1994 juni 25;343(8913):1609-13) som viser hvorfor pasienter saksøkte helsetjenesten i forbindelse med skader:

Pasientforventninger

Derfor saksøker jeg	Enig %
Så det aldri skulle skje igjen	91,4
Jeg ønsket en forklaring	90,7
Jeg ville at legene skulle forstå hva de hadde gjort	90,4
For at de skulle innrømme at det var skjedd en feil	86,7
For at legen skulle forstå hvordan jeg følte det	68,4
Jeg ønsket økonomisk erstatning	65,6
Fordi jeg var sint	65,4
Så legen ikke skulle komme unna med det	54,7
Det var den eneste måten jeg kunne takle følelsene mine på	45,8
Pga. holdningene til helsepersonellet etterpå	42,5
For å hevne meg på legen	23,2

Disse medlemmer mener dette viser at pasientenes ønske er en lærende og åpen helsetjeneste. Det er ikke hevn eller økonomi som er hovedbegrunnelsen når en reagerer på det som en oppfatter som feil eller mangler i tjenesten.

Disse medlemmer kommer tilbake til sine merknader og forslag for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker i neste kapittel. Disse medlemmer viser til at pårørende vil få en viktigere rolle i helse- og omsorgstjenesten i fremtiden. I meldingen trekker en frem de positive erfaringene

som blant annet er fra pårørendenettverk. Disse medlemmer viser til forslaget fremmet ved behandlingen av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, jf. Innst. 424 L (2010–2011), om å gi kommunene plikt til å gi pårørende opplæring.

Strukturer som støtter kvalitetsarbeidet

Komiteen viser til at meldingen fremhever hvordan organisering av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, gjeldende regelverk, finansiering og styringsvirkemidlene kan bidra til å understøtte og sikre kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

Komiteen slutter seg til at regjeringen vurderer å flytte over flere selvadministrerte legemiddelbehandlinger som styres av spesialisthelsetjenesten, til helseforetaksfinansieringen, for bedre å sikre at det er medisinske vurderinger som legges til grunn for valg av behandlingsmetode. Komiteen viser videre til at regjeringen også vil vurdere om det skal gjennomføres helseøkonomiske vurderinger for visse kostbare legemidler som finansieres over folketrygden etter ordningen med individuell refusjon.

Komiteen er fornøyd med at regjeringen vil sette kvalitet og pasientsikkerhet i enda større grad på dagsordenen i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og gjennom partnerskap med KS. Komiteen støtter at det skal settes i verk et nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å systematisere og videreutvikle virkemidler og tiltak for å støtte kommunene i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har foreslått endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker, og at Utrykningsgruppen for særlig alvorlige hendelser i Statens helsetilsyn vil bli omgjort til en permanent undersøkelsesenhet med mer tverrfaglighet og sterkere oppfølging av pårørende.

Komiteen slutter seg til de ni tiltakene for bedre strukturer som støtter kvalitetsarbeidet som fremmes i meldingen. Disse er:

- systematisere og videreutvikle virkemidler og tiltak for å støtte kommunene i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet,
- sette kvalitet og pasientsikkerhet på dagsordenen i styringsdialogen med de regionale helseforetakene,
- videreutvikle partnerskapet med KS gjennom kvalitetsavtalen og samhandlingsavtalen,
- sette i verk et nasjonalt forsøk med kvalitetsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten,
- sende på høring forslag om en felles forskrift for internkontroll, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet,
- vurdere endringer i tannhelsesloven for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet,

- endre utrykningsgruppen i Statens helsetilsyn til en undersøkelsessenheter for behandling av varsel om alvorlige hendelser,
- gjennomføre en bred utredning om hvordan samfunnet bør følge opp alvorlige hendelser og mistanke om lovbrudd i helse- og omsorgstjenesten,
- sende på høring forslag til endringer i helselovgivningen for å styrke pasienters og pårørendes rettsstilling i tilsynssaker.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, vil peke på at man i de siste årene har gjennomført en rekke tiltak for å styrke kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på nasjonalt nivå. Helse- og omsorgstjenestens ansvar for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid har fått en sterkere forankring i regelverket gjennom helse- og omsorgstjenesteloven for kommunene og endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Helsedirektoratet har fått et lovfestet ansvar for det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet og for å utgi nasjonale, faglige retningslinjer og veiledere. Det er opprettet en avdeling for kvalitetsmåling og pasientsikkerhet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, og Kunnskapssenteret har fått ansvar for å forvalte meldeordningen for uønskede hendelser.

Flertallet mener at Høyres og Fremskrittspartiets forslag om «fritt behandlingsvalg» i helsesektoren i realiteten betyr «fri etableringsrett» for private, kommersielle sykehus. Det er en faktisk privatisering og kommersialisering betalt over de offentlige budsjetter.

Flertallet peker på at regjeringen i meldingen benytter begrepet etterspørselsdrevet finansiering av helsetjenester når den omtaler Høyres og Fremskrittspartiets forslag om «fritt behandlingsvalg» i den offentlig finansierte helsetjenesten.

Flertallet mener at det i realiteten er snakk om en tilbudsrevet finansiering. Når Høyre og Fremskrittspartiet går inn for at staten automatisk skal finansiere utførte sykehustjenester i en kommersiell helsesektor, vil dette understøtte etablering av kommersielle helseaktører og legge til rette for at de store, private og kommersielle driverne kan bygge opp tilbudene akkurat der man selv vil og innenfor de behandlingene man måtte ønske og som man eventuelt vil ha best fortjeneste på.

Flertallet vil understreke at vi da får det vi kan kalle «tilbudsdrivne tjenester». Når tunge tilbud innen et utvalgt medisinsk område rulles ut, følger etterspørselen etter. Det blir de kommersielle tilbudene med fri rett til etablering på det offentliges regning som i realiteten vil bestemme ressursbruken. Dette driver opp etterspørselen med press på de samme ressursene, først og fremst i de områdene

hvor tilbudene finnes. Flertallet viser til at flere helseforskere, blant andre professor i folkehelse ved Universitetet i Tromsø, Olav Helge Førde, har pekt på en slik sammenheng med å vise til hvordan økte tilbud gir økt etterspørsel etter tjenester på helsefeltet. Det understrekes også fra forskerhold at en slik politikk ikke sjelden medfører uheldig og til og med skadelig overbehandling. Og sterkest er denne effekten nær der tilbudene etableres.

Flertallet mener denne tendensen blir ytterligere forsterket når private, kommersielle aktører får fritt leide og kan handle uten hensyn til politiske prioriteringer. Flertallet mener at høyresidens løsning langt på vei betyr en kundegaranti for de private kommersielle helseaktørene. Aktører som er på tilbudssiden, og som har fri rett til å sende regning til staten og fellesskapet, vil, etter flertallets mening, alltid ha tilgang til kunder. Flertallet peker på at erfaringer fra andre land viser at fortjenestemarginene er enorme innenfor de kommersielle, store helsekonsernene, og at disse vil være de absolutte vinnerne i et slikt system. I Sverige har man erfart at det er langt større fortjeneste innen den kommersielle, private helse- og omsorgsindustrien enn det som er normen i private virksomheter for øvrig. Svenske Statistiska Centralbyråns statistikk over avkastning på kapital viser avkastning på opp mot 28 prosent (jf. SCB, 2012, «Finansierer och utførare inom vård, skola och omsorg 2010»). Og risikoen er minimal siden dette må regnes som en skjermet sektor fordi rettighetene styrer, og staten gjennom skattebetalingene finansierer.

Flertallet viser til at Høyres modell innebærer at alle private aktører som ønsker å drive sykehustjenester, og som oppfyller bestemte kvalitetskrav, kan tilby slike tjenester betalt av det offentlige. Flertallet vil peke på vinnerne i et slikt helsevesen er de store, internasjonale kommersielle aktørene – ikke pasientene. De som nødvendigvis kommer først i køen for behandling under et slikt system, er lønnsomme pasienter i de mest folkerike områdene, og gjerne relativt friske, oppgående pasienter som har kraft og energi til å shoppe rundt i et helsemarked. Siden også andre partier tar til orde for en slik modell, vil flertallet peke på at denne typen «tilbudsrevet finansiering» vil måtte føre til økt bruk av stykkpris i helsetjenesten.

Flertallet mener at forskning og erfaring fra andre land med liknende modeller for «fritt behandlingsvalg» viser at er det tilbudet og den derav oppdrivne etterspørselen som bestemmer pengebruken, og ikke faglige og regionale behov eller rammer og prioriteringer vedtatt av et folkevalgt parlament. Flertallet mener det da blir umulig å styre sykehuse, ha kontroll på helseutgiftene og prioritere på riktig måte.

Flertallet peker på at regjeringen gjennom denne stortingsmeldingen ønsker å legge større vekt på at finansieringsordningene skal stimulere til beste praksis og høy kvalitet. Tilsvarende utvikling skjer i en rekke andre land. Flertallet mener at en ordning med tilbudsrevet finansiering vil føre til at en større del av helsebudsjettet vil måtte brukes på administrasjon istedenfor pasientbehandling, både for å godkjenne enkeltinstitusjoner for ulike behandlinger, og for å godkjenne og vurdere hvert enkelt oppgjør, slik man ser i land som har innført slike systemer, og i siste instans for å kontrollere virksomhetene.

Flertallet mener en modell med tilbudsrevet finansiering innebærer at det ikke lenger vil være noen kontroll av den samlede kapasiteten og kvaliteten. Det legges til grunn at etterspørselen etter helse tjenester vil øke kraftig dersom en slik ordning kombineres med fortsatt gratis helsetjenester. Det vil være svært vanskelig å gi gode kostnadsanslag, men vi snakker nok om store beløp, og flertallet er bekymret for konsekvensene av en slik ordning, både på kort og lang sikt.

Flertallet vil også peke på at et slikt system vil frata sykehusene mulighetene til å drive etter prinsippene man har laget i de nasjonale prioriteringsveilederne, siden man fra opposisjonens side mener at en diagnose gir en automatisk rett til behandling der det er kapasitet, på det offentliges regning. Dette vil åpenbart føre til at man enten får et urettferdig system fordi de enkle lidelsene vil bli prioritert i ny kapasitetsutvidelse og slik sett føre til at de med kompliserte lidelser får mindre kapasitet, eller at man må pøse så mye ressurser inn i systemet at man til enhver tid har stor overkapasitet. Begge deler er svært uheldig.

Flertallet er derfor opptatt av å bruke og organisere sykehusene og de ansatte i helsetjenesten på en klok måte. Sykehusene er fellesskapets eiendom. Derfor har vi ansvar for å sikre en drift som gir mest og best helse for satsingen. Vi har lang tradisjon for samspill med private, frivillige og ideelle aktører innen helse. Flertallet er for slikt samarbeid, men mener at det offentlige må ha ansvaret for prioritering, ha ansvar for å sikre at de med størst behov blir godt ivaretatt, og for å sikre samfunnsoppgaver som forskning, utdanning og akuttberedskap.

Flertallet stiller seg bak de ti nødvendige grepene helse- og omsorgsministeren har varslet for å gi bedre tilbud til pasientene og bedre kvalitet på tjenestene i en fremtidsrettet sykehussektor:

- Lengre åpningstid ved sykehusene for bedre å utnytte bygninger, utstyr og personell til det beste for pasienten.

- Etablere en heltidskultur og redusere bruken av deltid blant helsepersonell.
- Bedre og smartere oppgavedeling mellom ansatte i sykehusene. Det betyr at arbeidsoppgaver som tidligere har vært tilknyttet en særskilt profesjon, også skal kunne utføres av andre yrkesgrupper for bedre utnyttelse av samlet kompetanse og ressurser.
- Avvikle systemet med kvotefordeling av legestillinger i sykehusene, for å sikre mer fleksibelt tilpassede tjenester på riktig sted og med riktig kapasitet. I stedet innføres andre, mer tidsriktige styringssystemer for å sørge for at legeressurser kommer hele landet til gode, og at det blir opprettet utdanningsstillinger i områder der det er vanskelig å rekruttere spesialister.
- Fjerne unødvendig rapportering. Omfang og tidsbruk på dokumentasjon, detaljeringsgrad, registrering og rapportering i spesialisthelsetjenesten skal kartlegges, for å redusere unødvendig rapportering som tar oppmerksomhet og tid bort fra pasientene.
- Raskere diagnostisering ved alvorlig sykdom. Helse Nord og Helse Sør-Øst etablerer nå hver sin pilot med diagnosesenter. Erfaringene fra disse skal brukes til å vurdere om det skal etableres flere diagnosesentre i landet for øvrig.
- Etablere nytt forum for forskning, utvikling og innovasjon i helse – HelseOmsorg21 – som en viktig møteplass for samordning.
- Nye metoder for prioritering i sykehusene. Det skal bidra til trygge tjenester for pasientene, og som skal være til støtte i de vanskelige valgene mellom kostbar teknologi og legemidler og økonomiske ressurser og tilgang til personell.
- Sterkere samordning på tvers av regionene. Helseforetaksloven er endret. Det åpner for at regionene kan eie ett eller flere helseforetak sammen, og at et helseforetak kan ha andre primæroppgaver enn å drive sykehus. Dette gjør det lettere å organisere noen oppgaver på nasjonalt nivå, som IKT, planlegging av nye sykehusbygg eller store innkjøp.
- God ledelse ved norske sykehus. Helseregionene skal foreta en gjennomgang av nærvær av ledelse. Regionene og sykehusene skal tilrettelegge for opplæring og oppfølging, slik at ledere på alle nivåer har nødvendig kompetanse og støtte til å ivareta sitt lederansvar.

Flertallet peker videre på betydningen av at det tas hensyn til ungdomsperspektivet i utviklingen av kommunenes kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Flertallet ber regjeringen ta opp behovene til ungdom som pasientgruppe i styringsdialogen med de regionale helseforetak.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at dagens ordning og utnyttelse av kapasitet innen helsesektoren ikke bidrar i tilstrekkelig grad til å gi pasientene rask og effektiv behandling. Derfor vil det være bra å kunne utnytte ledig, privat kapasitet finansiert av det offentlige, noe som betyr at det fortsatt skal være det offentlige ansvar at mennesker får nødvendig behandling. Pasienten bør selv fritt kunne velge hvor behandlingen skal finne sted. Dette er ikke en privatisering av helsesektoren, men kun en fornuftig utnyttelse av den kapasiteten som finnes.

Disse medlemmer har i motsetning til regjeringspartiene tillit til dem som jobber med pasientbehandling ved private behandlingsinstitusjoner. Disse medlemmer mener at det er grunn til å slå fast at medisinsk personell har den samme genuine interessen av å kunne utføre sitt arbeid på et høyt og faglig godt nivå for å kunne hjelpe syke mennesker slik at de blir friske, uavhengig av om man er ansatt i privat eller offentlig sektor. Dette inntrykket forsterkes gjennom at man vet at det ofte er leger som er ansatt ved offentlige sykehus, som tar ekstravakter ved de private institusjonene.

Disse medlemmer registrerer at regjeringspartiene uttaler at de private kun tar de mest lønnsomme pasientene, og at det offentlige sitter igjen med de komplekse og ulønnsomme pasientbehandlingene. Disse medlemmer viser i den sammenheng til at en samlet opposisjon i forbindelse med behandlingen av Samhandlingsreformen, jf. Innst. 212 S (2009–2010), foreslo en gjennomgang av DRG-systemet for å hindre skjevheter som kunne medføre feil prioritering av enkelte operasjoner. Disse medlemmer viser til at regjeringen ikke har ønsket å foreta en slik gjennomgang. Disse medlemmer er derfor forundret over at regjeringspartiene fremmer en slik kritikk. Dette blir etter disse medlemmers syn enda mer bekymringsfullt all den tid de offentlige sykehusene i dag kjøper kapasitet fra private aktører for i overkant av 10 mrd. kroner.

Disse medlemmer mener påstandene som kommer fra regjeringspartiene, er alvorlige og bør få konsekvenser. Disse medlemmer ber derfor om en gjennomgang av DRG-systemet med sikte på å rette opp eventuelle svakheter som måtte ha oppstått i systemet. Det er etter disse medlemmers syn svært viktig at dette skjer så raskt som praktisk mulig all den tid regjeringspartiene mer enn antyder at de private tilbyderne som helseforetakene kjøper kapasitet fra, i praksis taper de offentlige sykehusene for midler gjennom bare å prioritere pasienter som betraktes som lønnsomme. Disse medlemmer mener en evaluering av DRG-systemer deretter bør foretas hvert annet år. På denne måten vil man til

enhver tid ha en mer treffsikker ordning som kan justere eventuell skjevheter som oppstår. Disse medlemmer mener intensjonen i DRG-systemet er at prisfastsettingen skal være slik at alle pasienter er like lønnsomme for det enkelte sykehus, og at prioriteringer av pasienter skal skje på faglig og ikke økonomisk bakgrunn.

Disse medlemmer fremmer derfor følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme en sak om en grundig gjennomgang av dagens DRG-system for å rette opp eventuelle skjevheter.»

Disse medlemmer erkjenner at økt pasientbehandling isolert sett vil medføre økte kostnader over helsebudsjettet. Disse medlemmer mener imidlertid at man ved å øke budsjettene for pasientbehandling flytter utgiftene fra sykmeldinger til helsetjenesten. Dette bidrar til at pasientene kommer raskere tilbake i arbeid. Disse medlemmer peker i den sammenheng på at kostnaden ved behandlingen er den samme om det skjer så snart det er behov, som den er dersom pasienten må vente på behandling. I mange tilfeller vil imidlertid risikoen for tilleggs-skader reduseres ved rask behandling. Derfor mener disse medlemmer at det er nødvendig å se alle kostnader i sammenheng.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil påpeke at dette er bakgrunnen for at Fremskrittspartiet bevilger mer penger i sitt forslag til alternativt statsbudsjett for 2013.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti vil ha en sterk og trygg offentlig helsetjeneste. Vi skal ha en grunnleggende trygghet for å få det helsetilbudet vi trenger når vi trenger det. Det er ikke ønskelig å bygge opp en parallell kommersiell helsetjeneste til det offentlige tilbudet. Dette medlem viser til at Kristelig Folkeparti vil ha ideelle institusjoner som et viktig tillegg til den offentlige helsetjenesten. Dette vil være et viktig tiltak for å redusere ventetidene til behandling. Det er også behov for en rekke andre tiltak, bl.a. IKT-løsninger, organisering og ledelse, samt innovasjon både når det gjelder teknologi og tjenester. Dette er tiltak som må skje uavhengig av om tjenestene er private, ideelle eller offentlige.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det ikke kommer frem en god kvalitets- og pasientsikkerhetsbegrunnelse for å gjennomføre helseøkonomiske vurderinger for visse kostbare legemidler som finansieres over folketrygden etter ordningen med individuell refusjon. Disse

medlemmer vil avvente begrunnelsen som fremkommer i høringen som skal komme om dette i forbindelse med endringen i blåreseptforskriften. Disse medlemmer er skeptisk til at det gjennomføres mange små og større endringer i legemiddelpolitikken uten at området ses i en større sammenheng. I den forbindelse vil disse medlemmer vise til Innst. 208 S (2012–2013) der disse medlemmer fremmet forslag om en ny legemiddelmelding, som blant annet skal inneholde tiltak for bedre og riktig bruk av legemidler.

Disse medlemmer slutter seg til at regjeringen utreder mulighet for ikke å gi DRG-poeng for skader sykehus har påført pasienten. Disse medlemmer mener det likevel er viktig at disse pasientene ikke nedprioriteres til tross for at sykehusene ikke får refusjon for kostnader. Disse medlemmer forutsetter at dette hensynet blir ivare tatt gjennom utredningen.

Disse medlemmer mener det ikke lenger er tilstrekkelig å la virksomhetene selv velge om de skal bruke akkreditering og/eller sertifisering som virkemiddel i forbindelse med det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet. Disse medlemmer viser til at internkontrollforskriften for helsetjenesten kun inneholder hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta, og den inneholder ingen standardmal. Virksomhetene i helsetjenesten står derfor svært fritt til selv å velge hvilke prosedyrer og administrative systemer som skal iverksettes for å sørge for god internkontroll. En rekke tilsyn viser at egenkontrollen i helsetjenesten er for dårlig.

Disse medlemmer mener det må etableres standard internkontrollsystemer i helsetjenesten. Disse må bygge på erfaringer fra andre risikoområder, slik som luftfart, petroleumsvirksomhet og næringsmiddelvirksomhet. Prosedyrer, sjekklister og metoder for risikoanalyser bør inngå som elementer i kvalitetssikringssystemet. Det må være rutiner for når det skal gjennomføres sikkerhets- og sårbarhetsanalyser (ROS). Hensikten er å etablere rutiner for å unngå feil og redusere konsekvensene av feil. Det må også etableres sikkerhetsrutiner når ROS-analysen viser at det utføres handlinger med en ikke-akseptabel risiko.

Disse medlemmer viser til at meldingen trekker frem at noen virksomheter i helsetjenesten nå er sertifisert etter ISO 9001-standarden. Dette gjelder i hovedsak private sykehus og enkeltavdelinger i den offentlige helsetjenesten. Dette kan føre til økt bevissthet om innhold og hvilke krav som skal følges opp.

Disse medlemmer mener det må innføres en tidsfrist for at helseforetak skal være ISO-sertifisert. Det understrekes at sertifiseringen i seg selv ikke er en garanti for kvalitet. Det er prosessen frem til serti-

fiseringen som er nyttig, samt måten det følges opp på i etterkant.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen innføre en tidsfrist for når helseforetakene skal være ISO-sertifisert og stille krav til at det skal være rutiner for når det skal gjennomføres sikkerhets- og sårbarhetsanalyser.»

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet og Høyre viser til at regjeringen har sendt på høring et lovforslag som avskaffer den statlige godkjenningsordningen for private sykehus. Disse medlemmer er uenig i dette og mener at det vil svekke pasientsikkerheten og kvaliteten. Det er etter disse medlemmers syn behov for å styrke innholdet og kravene i godkjenningsordningen. På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen igangsette arbeidet med å utvikle en ny godkjenningsordning for private institusjoner og tilbud i spesialisthelsetjenesten som bedre sikrer kvalitet og pasientsikkerhet.»

Komiteens medlemmer fra Framskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til Innst. 185 S (2010–2011) der disse medlemmer foreslo å etablere en prøveordning med havarikommisjon for helsetjenesten parallelt med Helsetilsynets utrykningsenhet. Dette ville ha gitt Stortinget en mulighet til å få vurdert erfaringene fra begge modellene når en skulle etablere en permanent ordning. Disse medlemmer viser til komiteens høring i saken og innledningen fra tidligere direktør for Statens havarikommisjon for transportsektoren, dr. philos Grete Myhre, om forskjellen mellom tilsynets og havarikommisjonens arbeid. Formålet med havarikommisjonens undersøkelser er å utrede forhold som antas å ha betydning for å kunne forebygge ulykker. Havarikommisjonen skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. Havarikommisjonens hovedmål er at det skal være en læringseffekt av undersøkelsen. Disse medlemmer viser til Myhres uttalelse i høringen:

«Helsevesenet vil profittere på å bygge opp en nøytral undersøkelseskommisjon som presenterer sine rapporter med sikkerhetstilråding som kan brukes i undervisning og forebygging.»

Disse medlemmer mener at det er behov for en permanent undersøkelseskommisjon også i helsetjenesten i tillegg til Helsetilsynet. Formålet med undersøkelseskommisjonen er i forbindelse med alvorlige hendelser å utrede forhold som antas å ha

betydning for å kunne forebygge alvorlig skade og dødsfall som følge av feil og mangler. Undersøkelseskommisjonen skal ikke ta stilling til enkeltpersonells ansvar, i motsetning til Helsetilsynet som også kommer med og tar stilling til reaksjoner mot helsepersonell. Undersøkelseskommisjonen kan også vurdere Helsetilsynets arbeid og rolle i sikkerhetsarbeidet.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme en sak om opprettelse av en permanent undersøkelseskomisjon for helsetjenesten, etter modell fra Statens havarikomisjonen for transportsektoren.»

Disse medlemmer viser til Innst. 332 S (2009–2010) og Dokument 8:106 S (2009–2010) om bedre rettssikkerhet for pasienter og pårørende. Forslaget innebar å gi pasienter status som part i forbindelse med alvorlige hendelser i helsetjenesten. Regjeringen valgte som oppfølging av Stortingets behandling av saken å opprette et utvalg som skulle gjennomgå lovverket og komme med anbefalinger. Det har nå vært en høring i saken, og regjeringen vil komme tilbake med et lovforslag som styrker pasientet og pårørendes rettssikkerhet.

Disse medlemmer mener at forslaget må gi pasienter og eventuelt pårørende klageadgang både hos Fylkesmannen og Statens helsetilsyn. Pasienten og eventuelt pårørende må også ha tilgang til dokumentene i saken – unntak fra dette må eventuelt begrunnes – samt ha rett til å bli informert om alvorlige hendelser eller nesten-hendelser der avvik blir meldt internt.

Disse medlemmer viser til at legevakten har en sentral plass i primærhelsetjenesten, der allmennlegene spiller en viktig rolle. I Nasjonalt kunnskaps-senter for legevaktmedisin (NKLM) sitt forslag til «Nasjonalt handlingsplan for legevakt» heter det at legevaktjenesten «i dag er ein naudetat i bakleksa», som «ikkje har utvikla seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklinga» i resten av helsetjenesten det siste tiåret, og trenger en betydelig opprustning for å ivareta oppgavene sine. Disse medlemmer vil vise til at denne handlingsplanen inneholder en rekke tiltak som ikke er fulgt opp, men som kan bidra til økt kvalitet i legevaktjenesten. Det vises også til NKLMs høringsuttalelse i forbindelse med behandlingen av Prop. 91 L (2010–2011) ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som var sterkt kritisk til den manglende oppfølgingen og utviklingen av legevaktjenesten.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen fremme en egen sak om styrking av legevaktordningen, herunder nye nasjonale føringer om innhold og kvalitet.»

Disse medlemmer viser til at Helsetilsynet årlig lager en oppsummering av landsomfattende tilsyn, og Pasient- og brukerombudet lager en omfattende årsrapport om sin virksomhet. Disse medlemmer mener Stortinget skal behandle en sak om kvalitets- og pasientsikkerhetssituasjonen ved at den årlige tilsynsmeldingen fra Statens helsetilsyn og Pasient- og brukerombudenes landsomfattende årsrapporter omgjøres til en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, etter modell fra Datatilsynets og Personvernemndas årsmeldinger som behandles som stortingsmelding hvert år.

På denne bakgrunn fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Helsetilsynets landsomfattende tilsyn og Pasient- og brukerombudets årsrapporter utarbeide en årlig melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet.»

Disse medlemmer mener også at Statens helsetilsyns landsomfattende tilsynsmeldinger om ulike tema i primærhelsetjenesten skal behandles i kommunestyrene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet stiller seg spørrende til om kunnskapsgrunnlaget vi har nå i Norge, er godt nok til å skulle tillate bytte av biologiske legemidler. Samtidig med at dette nå er et foreslått tiltak i meldingen, har vi kunnet lese i mediene at et forslag om bytte av biologiske legemidler i apotek har skapt stor diskusjon og bekymring rundt pasientsikkerhet. Det er ennå ingen andre land som har gått til et slikt skritt, og Frankrikes nasjonalforsamling satte så sent som 3. desember 2012 en stopper for bytte av biologiske legemidler i apotek. Det er derfor grunn til å sette spørsmålsteget ved om Norge som første land skal åpne for bytte av denne typen legemidler. Disse medlemmer ser ikke bort fra at bytte av biologiske legemidler på sikt kan la seg gjøre, men mener definitivt at kunnskapsgrunnlaget for å fatte en slik beslutning på nåværende tidspunkt er altfor svakt.

Disse medlemmer mener økt bruk av ledig kapasitet hos private tilbydere der det offentlige i dag har lang ventetid, ville bidratt til økt kvalitet og trygge tjenester. Dette vil bidra til at pasienter får raske behandling, og faren for at enkelte sykdomsforløp skal utvikle seg, hindres ved at man får rett behandling til rett tid. Disse medlemmer ønsker derfor at kjøp av ledig kapasitet hos private tilbydere av helsetjenester økes, og fremmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen øke bevilgninger til kjøp av ledig kapasitet hos private tilbydere av helse-tjenester for å få ned dagens helsekøer.»

Kvalitetsforbedring i tjenesten

Komiteen slutter seg til regjeringens mål om at kvalitetsarbeidet i større grad enn i dag skal være integrert i ordinær virksomhet. Komiteen er enig i at dette handler om å utvikle kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke kompetanse hos ledere og ansatte, forbedre og iverksette rutiner for å forebygge og lære av feil, og systematisk ta i bruk ny kunnskap, faglige retningslinjer, og annen kompetansestøtte. Komiteen vil derfor peke på at resultater på kvalitet skal måles og etterspørres av ledere på alle nivåer.

Komiteen understreker betydningen av systematisk å legge til rette for kvalitetsarbeid i alle deler av helse- og omsorgstjenestene. Komiteen mener det foregår svært mye arbeid av høy kvalitet av kompetente fagfolk i helse- og omsorgstjenesten. Likevel ønsker komiteen å understreke betydningen av på alle nivåer i helse- og omsorgstjenesten å skape kultur og høyde under taket for kvalitetsarbeid, forbedringsprosesser, for kontinuerlig og konstruktiv endring. Videre mener komiteen at alle deler av helse- og omsorgstjenestene må lage implementeringsplaner for egen virksomhet – en lokal, praktisk oppfølging og gjennomføring av stortingsmeldingen – helt ut til den enkelte avdeling og legekantor, den enkelte seng, det enkelte pasientmøtet. Komiteen er enig i at det er behov for å støtte kommunenes arbeid med løpende og systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid ved utvikling av nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring, verktøy for pasientforløp i kommunene og å bidra med kunnskapsstøtte via kompetansesentrene.

Komiteen mener det er helt nødvendig å gjøre det man kan for å begrense variasjonen i behandlingsmetoder mellom forskjellige deler av helse- og omsorgstjenesten. Ledelse på alle nivåer må legge til rette for likebehandling, like rutiner og bruk av nødvendig sjekkliste for å sikre at behandling foregår med lavest mulig variasjon fra sted til sted og fra tidspunkt til tidspunkt.

Komiteen vil i denne sammenhengen vise til det velkjente britiske medisinske tidsskriftet *The Lancet* som i en artikkel omtaler utfordringer ved å endre klinisk praksis i helsetjenesten og der løfter fram begrepet forbedringsvitenskap. Komiteen viser til de strategiske grepene artikkelen nevner for best mulig endring i tjeneste, og ber regjeringen vurdere disse. Viktige elementer her er at politiske miljøer, tjenestemiljøer og fagmiljøer må lære om forbedringsvitenskap – såkalt «improvement science».

Man må se synergien mellom denne vitenskapen, den mer etablerte biomedisinske vitenskapen og de kliniske fag for å se hvordan vitenskapen kan brukes til å gjøre en forskjell for den faktiske pasientbehandlingen.

Videre vil komiteen peke på behovet for å utvikle både kapasitet og evne til å drive med kontinuerlig forbedringsarbeid på alle nivåer i helse- og omsorgssektoren. Det er nødvendig i enda større grad å utnytte praksisnær forskning i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid. Derfor er det nødvendig at man er åpen for og legger til rette for nye metoder i alle miljøer. Det vil si at man innen akademia i større grad kan se på forskningens praktiske betydning, og at man innen tjenestene i større grad kan ta i bruk vitenskapelig metode og kunnskap. Komiteen vil også påpeke nødvendigheten av læringsnettverk, gjerne internasjonalt. Her kan modellen av Cochrane Collaboration som har bidratt til å sikre grunnlaget for evidensbasert medisin, være en modell.

Komiteen mener det konkrete arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i all hovedsak må skje i virksomhetene. Det er behov for å ha konkrete og forståelige implementeringsplaner for ny kunnskap og nye metoder.

Komiteen viser til behovet for at ledelse på alle nivåer tar og har et ansvar for kontinuerlig forbedrings- og kvalitetsarbeid. Derfor er det av betydning å tydeliggjøre forventninger og stille krav til de ulike nivåer i tjenestene om den enkeltes bidrag til å implementere de foreslåtte endringene. Disse forventningene må være konkrete og forståelige, samt rettet til de ulike ledernivåene (RHF-styrene, HF-styrene, foretaksledelsen). I denne sammenhengen vil komiteen understreke betydningen av stedlig ledelses rolle for kvalitetsarbeidet.

Komiteen peker på betydningen av at ledelsen og styrene etterspør resultater når det gjelder kvalitet og pasientsikkerhet. Styrene må være seg sitt ansvar bevisst og samtidig ha kompetanse innen kvalitet og pasientsikkerhet. Som et eksempel viser komiteen til Helse Sør-Øst RHF sitt arbeid rettet mot styrene på dette området (jf. kvalitetsdirektør Ole Tjomslands presentasjon i komiteens åpne høring om meldingen).

Komiteen er også opptatt av tydelighet på hvilke type endring som må til for at de kommunale helse- og omsorgstjenestene skal lykkes. I tillegg til regjeringens ambisjon i meldingen om økt brukermedvirkning vil komiteen understreke behovet for gode planer og tydelige forventninger for hvordan brukerne aktivt kan bidra i prosessen. Komiteen mener man bør vurdere å sette opp konkrete mål for denne implementeringsprosessen og følge med på måloppnåelse for de ulike målgruppene.

Komiteen slutter seg til de syv tiltakene som foreslås i meldingen for å sikre kvalitetsforbedring i tjenesten. Disse er:

- etablere et femårig nasjonalt program for pasient-sikkerhet,
- forbedre systemet for utvikling og implementering av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere,
- stimulere til utvikling av nettverk og arenaer for læring og kvalitetsforbedring,
- videreutvikle kompetansesentrene som kunnskapsstøtte for helse- og omsorgstjenesten i kommunene,
- videreutvikle lederopplæring i helse- og omsorgstjenesten i samarbeid med KS,
- implementere nasjonal lederplattform for helseforetakene og styrke arbeidet med nasjonalt lederutviklingsprogram,
- videreutvikle og forenkle meldeordningen for uønskede hendelser.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at kvalitetsforbedring i tjenesten handler om å utvikle kultur for kvalitetsforbedring og læring ved å styrke kompetanse hos ledere og ansatte, forbedre og iverksette rutiner for å forebygge og lære av feil, og jobbe systematisk med ny kunnskap som grunnlag for tjenesten. Disse medlemmer mener at en forutsetning for å lykkes med dette er en mer balansert ledelse, der kvalitet og pasientsikkerhet får minst like mye oppmerksomhet som økonomiske resultater og styring hos ledere på alle nivåer i tjenesten.

Disse medlemmer mener det å sikre en god og trygg pasientbehandling utgjør kjernen i styrets og ledelsens overordnede ansvar. Dette gjelder styret i helseforetakene og kommunestyrene. Lederne på alle nivåer og ansatte må sammen identifisere forbedringsområder for kvalitet og pasientsikkerhet og utvikle en kultur for læring.

Disse medlemmer mener at for å lykkes med kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er det viktig at styrene i helseforetakene og kommunestyrene formulerer og følger opp mål på kvalitet og pasientsikkerhet for tjenesten. Det krever også at det rapporteres på disse målene, og at måloppnåelse på disse områdene vektlegges like sterkt som økonomiske resultatmål.

Disse medlemmer støtter at det etableres et femårig nasjonalt program for pasientsikkerhet, og at dette programmet skal bygge på tiltak og erfaringer fra pasientsikkerhetskampanjen og internasjonale erfaringer. Disse medlemmer viser til at pasientsikkerhetskampanjen har gitt resultater i form av økt

oppmerksomhet og engasjement i helsetjenesten om kvalitet og sikkerhet. Dette er et arbeid som må fortsette med forsterket styrke, og disse medlemmer slutter seg til den foreslåtte organiseringen.

Disse medlemmer slutter seg til at det tas i bruk et bedre system for utvikling av faglige retningslinjer, og at en sikrer at disse implementeres i tjenesten. Videre må det måles om retningslinjene fører til forbedring av tjenesten, og sikres at ny kunnskap og erfaringer implementeres raskt i oppdaterte retningslinjer. Disse medlemmer er opptatt av at retningslinjene skal være dynamiske i hele tjenesten. Disse medlemmer mener det er viktig at ikke psykiatri- og rusfeltet blir hengende etter når det gjelder utvikling av faglige retningslinjer og implementering av disse.

Disse medlemmer viser til at Legeforeningen har jobbet med opprettelsen av et nasjonalt senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling. Et slikt senter kan understøtte lokalt kvalitetsarbeid og sørge for bedre utvikling i fastlegjetjenesten.

I Forskningsrådets evaluering av fastlegereformen fra 2006 heter det at forskning og fagutvikling anbefales forbedret i allmennlegetjenesten. Også i Helsedirektoratet (2008c) påpekes behovet for at:

«Omfanget av forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten må styrkes slik at den er mer i balanse med tilsvarende aktivitet i spesialisthelsetjenesten.»

De totale forskningsmidlene til spesialisthelsetjenesten og tilknyttede fagområder lå på ca. 3 mrd. kroner i 2008, mens det for samme år kun var bevilget ca. 30 mill. kroner til forskning i allmennmedisin (Legeforeningen 2010:15). Det er nødvendig å se på hvordan forskning innen allmennmedisin kan styrkes, og hvordan det kan rekrutteres flere forskere innenfor allmennmedisin gjennom bruk av insentivordninger og faglig tilrettelegging.

Disse medlemmer viser til at det i Danmark er etablert en «Forskningsenhet for allmenn praksis». Disse medlemmer mener at det er behov for tilsvarende kompetansemiljø nasjonalt i Norge.

Disse medlemmer viser til at Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti stemte mot endringene i meldeordningen som innebar at meldingene går til Kunnskapssenteret istedenfor til Helsetilsynet. Disse medlemmer mener at erfaringen så langt gir grunnlag for å stille spørsmål om kvaliteten på meldingene og kvaliteten på oppfølgingen har sunket, slik disse medlemmer advarte mot. I den forbindelse viser disse medlemmer til henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet fra Helse Østfold HF.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at en bør endre meldeordningen slik at meldingene i første omgang går til Helsetilsynet for så i anonymisert form gå videre til Kunnskapscenteret. Dermed blir meldingene et grunnlag for Helsetilsynets arbeid, samtidig som kunnskapsinnhentingene også kan brukes i Kunnskapscenterets mer generelle kvalitetsarbeid.

Komiteens medlem fra Kristelig Folkeparti viser til at Kristelig Folkeparti ved behandlingen av Prop. 91 L (2010–2011) foreslo at det bør opprettes en meldeordning direkte fra helsepersonell til Kunnskapscenteret.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti viser til at komiteens medlemmer fra disse partier i Innst. 424 L (2010–2011) mente følgende:

«...det er viktig at avdekking av uønskede hendelser blir gjenstand for analysering og forbedring internt i virksomheten, som en del av internkontrollen. Disse medlemmer mener derfor det er riktig at meldeplikten er pålagt virksomheten. Disse medlemmer mener det er viktig at ledere er informert om at det er sendt avviksmeldinger slik at de har mulighet til å ta ansvar for og lede kvalitetsforbedringsarbeidet. Disse medlemmer mener det er viktig at Helsetilsynet i fylkene, som ansvarlig tilsynsinstans, har innsikt i risikoforhold og kvalitetsarbeid som utføres i de virksomheter de fører tilsyn med. Disse medlemmer ser viktigheten i at tilsynsmyndigheten har tilgang på en samlet oversikt over samtlige varsler, forløp og utfall fra de virksomheter de har tilsynsansvar for.»

Disse medlemmer mener det også er behov for å etablere regler og system for en meldeordning i kommunehelsetjenesten. En større del av pasientbehandlingen vil skje i primærhelsetjenesten, og behandlingen vil skje i samhandling mellom nivåene. På denne bakgrunnen fremmer disse medlemmer følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utrede en meldeordning for avvik for kommunehelsetjenesten.»

Disse medlemmer mener en god, felles IKT-struktur vil bidra til en god kvalitet og økt pasientsikkerhet. Derfor bør et felles nasjonalt IKT-system på plass, som letter helsepersonellens tilgang til og utveksling av pasientopplysninger. Dette er avgjørende for å lykkes med god samhandling mellom sykehusene og mellom sykehus og primærhelsetjenesten. I tillegg vil en satsing på et nytt, moderne IKT-system også legge til rette for en fortsatt god forskning der informasjon lettere kan deles innenfor fagmiljøene. Disse medlemmer mener det nå

må på plass en satsing på et felles nasjonalt IKT-system innenfor helsevesenet, og at dette må finansieres gjennom egne investeringsmidler og styres nasjonalt.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre viser til dagens store variasjon med hensyn til bemanning i primærhelsetjenesten. Spesielt krevende er situasjonen ved mange sykehjem. Dette kan i visse tilfeller være avgjørende for om det oppstår uheldige hendelser eller ikke, og uansett vil kvaliteten og tryggheten i mange tilfeller økes ved at det er en minimumsbemanning per pasient i sykehjem. Disse medlemmer viser også til Legeforeningen som har uttalt at det avgjørende for å utvikle gode kvalitetsmål er at de forankres i fagmiljøene gjennom gode og involverende prosesser. I tillegg mener disse medlemmer i likhet med Legeforeningen at kvalitetsforbedringsarbeidet ikke må gå på bekostning av pasientmøtene. Økt kvalitet må også sikre at det er et tilstrekkelig antall fastleger. Disse medlemmer viser til at beboere ved norske sykehjem har komplekse sykdomsutfordringer. Til tross for dette viser statistikk fra Statistisk sentralbyrå at beboerne i snitt har tilgang på legeressurs bare 24 minutter per uke. Disse medlemmer mener det følger klart av Samhandlingsreformen som ga kommunene større ansvar for helsetilbudet, at bemanningen på viktig personell er tilstrekkelig. Disse medlemmer mener derfor det bør innføres en bemanningsnorm på sykehjem.

Disse medlemmer mener en viktig faktor for levering av gode og kvalitative tjenester innenfor helsevesenet er at bygningsstandard og kvalitet på medisinsk-teknisk utstyr på sykehus er god. Det er fortsatt store mangler ved enkelte sykehus hva bygningsstandard og kvalitet på utstyr angår. I tillegg er det til dels store kapasitetsutfordringer med hensyn til antall sengeposter. Dette er faktorer som alle er med på å redusere trygghet og kvalitet på tjenestene innenfor helsetjenesten. Disse medlemmer viser til forslag om investeringsmidler ved behandlingen av statsbudsjettet for 2013.

Større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

Komiteen vil peke på at Norge gjør det bra i målinger av kvalitet og pasientsikkerhet når vi sammenlikner oss med andre land. Vi skal ikke slutte å framheve dette, fordi pasientene skal vite det og fordi de ansatte i sektoren fortjener å høre det. Men dette er likevel en fattig trøst for den som opplever at sikkerheten svikter. Derfor er det viktig å sette dette på dagsordenen for å sørge for at så få personer som mulig i framtiden vil oppleve at sikkerheten svikter i helsetjenesten vår.

Komiteen vil peke på at vi er inne i det tredje og siste året for pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Kampanjen er ambisiøs. Målet, som styringsgruppen har satt, er å redusere skader i sykehus, som kan forebygges, med 20 prosent innen utgangen av dette året. Det skal man gjøre ved å ta i bruk og spre kampanjens konkrete forbedringstiltak på de 11 utvalgte innsatsområdene. Komiteen vil nevne at man har valgt ut områder etter visse kriterier. Det ene er at vi må vite at det er forbedringsmuligheter. Det andre er at det må finnes effektive tiltak å sette inn, og at vi har gode metoder for å måle om vi faktisk blir bedre.

Komiteen viser til at pasientsikkerhetskampanjen bygger på erfaringer fra andre land. Det man gjør nytt i Norge er å inkludere den kommunale helse- og omsorgstjenesten i kampanjen og gjøre psykisk helsevern og rus til et eget innsatsområde. Målet er at 25 prosent av kommunene skal ha gjennomført ett eller flere tiltak innen utgangen av året. Det vil si drøyt 100 kommuner. Per i dag er 52 kommuner aktivt med i kampanjen – og de jobber særlig med legemiddelbruk i sykehjemmene.

Komiteen vil peke på et viktig tiltak i stortingsmeldingen som er at man skal etablere et femårig program for pasientsikkerhet fra 2014. Programmet skal bygge på tiltak og erfaringer fra kampanjen. Vi vet alle at implementering tar tid. Det femårige programmet skal videreføre innsatsområdene fra kampanjen og bidra til at tiltakene gjennomføres og forankres i hele tjenesten – i sykehus og i kommuner. Det er videre behov for en enda større innsats i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Komiteen er enig med regjeringen i at for å nå målet om større åpenhet må det satses langt sterkere på utvikling av kvalitetsindikatorer i årene framover.

Komiteen støtter regjeringen i at man må ha en plan for hvilke områder som skal prioriteres, og legge føringer for framdriften i arbeidet med å utvikle nye indikatorer. Kvalitetsindikatorene skal brukes mer aktivt i styringsdialogen med de regionale helseforetakene. Nasjonalt helseregisterprosjekt skal bidra til at sentrale helse- og kvalitetsregistre utnyttes bedre som datakilde.

Komiteen slutter seg til at det må utvikles hensiktsmessige metoder for innhenting av data. Økt oppmerksomhet på kvalitetsmåling må ikke føre til at de ansatte opplever rapporteringen som byråkratisk kontrollvirksomhet som ikke gir resultat i form av bedre pasienttilbud. Data må gjøres tilgjengelig lokalt og kunne brukes til lokalt forbedringsarbeid.

Komiteen støtter regjeringen i at hvis kvalitetsmåling skal oppleves som viktig og relevant, må ansatte involveres i å definere hva som skal måles, og i innsamling, tolking og bruk av data. Ansatte må være trygge på at utgangspunktet for kvalitetsmåling

er ledelsens tillit til at ansatte ønsker å gjøre en best mulig jobb. Ansatte og brukere må oppleve at aktiv bruk av data fører til bedre resultater.

Komiteen vil understreke behovet for at også kommunene i enda større grad er åpne om kvaliteten på sine tjenester. Det er derfor viktig å oppfordre kommunene til å publisere kvalitetsinformasjon på sine nettsider.

Komiteen slutter seg til de ni tiltakene for bedre kunnskap og større åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet som er foreslått i meldingen, disse er:

- legge en plan for hvilke områder som skal prioriteres og legge føringer for framdriften i arbeidet med å utvikle nye kvalitetsindikatorer,
- forbedre og effektivisere prosessen med å utvikle nye indikatorer og se utviklingsarbeidet i sammenheng med nasjonale faglige retningslinjer,
- gjennomføre et prosjekt om måling og rapportering for å kartlegge hva som rapporteres i dag og vurdere forenkling og opprydding i rutinene,
- bruke kvalitetsindikatorer mer aktivt i styringsdialogen med regionale helseforetak,
- gjennom nasjonalt helseregisterprosjekt, sørge for at sentrale helse- og kvalitetsregistre utnyttes bedre som datakilde,
- utrede etablering av et sentralt helseregister med personentydige data fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten,
- bygge opp og samordne kompetansen på indikatorområdet,
- publisere flere resultatindikatorer for spesialisthelsetjenesten og oppfordre kommuner til å publisere kvalitetsinformasjon på nettsidene,
- videreutvikle pasient- og brukerundersøkelser og utvikle pasientrapporterte effektmål.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener åpenhet er grunnlaget for at forbedringsarbeid skal være mulig i tjenesten. Det gjelder både åpenhet mot samfunnet om resultatene av de ressursene som brukes på området, åpenhet mot pasientene om risiko, kvalitet og resultater og åpenhet mellom helsepersonell om erfaringer, kvalitet og resultater. Disse medlemmer anser mangel på kulturell endring i tjenesten når det gjelder åpenhet internt og mot omverdenen som den største barrieren for kvalitets- og sikkerhetsarbeidet.

Disse medlemmer viser til at en kvalitetsindikator kan defineres som en målbar variabel som skal si noe om kvaliteten på et komplekst fenomen, som i seg selv er vanskelig å måle. Indikatorene skal deles inn i tre grupper; struktur-, prosess- og resultatindikatorer. Helsetjenestens rammer, ressurser, kom-

petanse og utstyr måles i strukturindikatorer. Pasientforløp og om pasientene mottar de helsetjenestene som er beskrevet i prosedyrer og retningslinjer og innenfor vedtatte ventetider og garantier, måles i prosessindikatorer. Overlevelse, pasientopplevd kvalitet, fysisk og psykisk tilstand og infeksjoner er resultatindikatorer.

Disse medlemmer mener at større åpenhet også er viktig som grunnlag for pasientens valg og medbestemmelse.

Disse medlemmer mener kvalitetsindikatorer er nødvendige for å forbedre kvaliteten, som helsepolitisk beslutningsgrunnlag og virksomhetsstyring og informasjon som grunnlag for pasientenes valg. Kvalitetsindikatorer kan være grunnlag for «benchmarking» av helsetjenesten, både nasjonalt og internasjonalt.

Disse medlemmer viser til at Danmark i 2000 etablerte «Det nationale Indikatorprosjekt» for å overvåke og forbedre de helsefaglige kjerneytelsene ved hjelp av indikatorer. Fra 2004 er resultatene gjort offentlig tilgjengelige på helseportalen www.sundhed.dk. Prosjektet har følgende overordnede mål: dokumentere og utvikle den helsefaglige kvalitet ved hjelp av sykdomsspesifikke indikatorer og standarder for helsetjenestens kjerneytelser, skape et kunnskapsgrunnlag for dialog med tanke på faglig, ledelsesmessig og politisk prioritering og gi befolkningen innsikt i helsetjenestens kvalitet.

Disse medlemmer viser til at indikatorer på kvalitet i dag publiseres på ulike nivåer; nasjonalt, regionalt og på institusjonsnivå. Skal dette gi mening for pasientene og fungere som informasjon til samfunnet om kvalitet på tjenestene, må det publiseres på institusjonsnivå. Disse medlemmer slutter seg derfor til at skal denne informasjonen brukes som grunnlag for valg av behandlingssted, er det avgjørende at indikatorene publiseres på institusjonsnivå. Disse medlemmer viser til at dette ofte fører til diskusjoner om kvaliteten på informasjonen, men disse medlemmer er av den oppfatning at slike åpne diskusjoner er et viktig verktøy for kontinuerlig forbedring av datagrunnlaget og kvaliteten på indikatorene, og ikke et argument for å utsette publisering.

Mer systematisk utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder

Komiteen viser til at den teknologiske og medisinske utviklingen går raskt, og i mange sammenhenger gir den positiv helsegevinst for pasienter. Utfordringen for myndighetene er allikevel at man for ofte tar i bruk nye metoder og medisiner uten at man i tilstrekkelig grad har foretatt en systematisk vurdering av metodene, eller om medisinerne er sikre og effektive. Man bør i framtiden etterstrebe kliniske

studier for å sikre at man kan måle effekten opp mot kjente metoder, og for at den enkelte klinikk kan kvalitetssikre nye metoder. Komiteen vil understreke at legemidler også blir brukt utenfor de bruksområdene de er godkjent for, noe som kan skape uheldige resultater for pasientene. Skal pasientene få mulighet til å være med på å ta gode beslutninger, må den behandlende lege være tydelig om usikkerhet knyttet til effekt og bivirkninger.

Komiteen mener det er uheldig at det er ulik praksis når det gjelder innføring av nye metoder og utfasing av eksisterende metoder i spesialisthelsetjenesten. Det er ulik praksis mellom helseforetak i samme region og mellom regioner, mellom legemidler og annen medisinsk teknologi, og mellom legemidler som benyttes i sykehus, og annen legemiddelbruk. Miljøer som Kunnskapssenteret og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE, vil være sentrale for å sikre bedre implementering av kjent kunnskap, samt i å måle effekt av nye metoder og medisiner. Komiteen mener det er for liten bevissthet om hva som bør håndteres som utprøvende behandling. Uklare grenser mellom ordinær behandling og utviklingsarbeid er uheldig. Samlet sett er dette en utfordring for faglig forsvarlighet og pasientens rett til medvirkning og krav om informert samtykke. Manglende dokumentasjon av effekt og bivirkning kan også føre til at viktig informasjon om den nye metoden går tapt. Økt fokus på dette må være en selvfølgelig del av klinikkledelsens ansvar. Det er etter komiteens syn viktig at man følger de nasjonale prinsippene for utprøvende behandling, som beskrevet i meldingen.

Komiteen slutter seg til de syv tiltakene for en mer systematisk utprøving av nye behandlingsmetoder som er foreslått i meldingen. Disse er:

- innføre og videreutvikle systemet for bruk av metodevurdering før nye metoder tas i bruk i spesialisthelsetjenesten,
- etablere retningslinjer for hurtig metodevurdering for ny teknologi i spesialisthelsetjenesten,
- gjennomføre hurtig metodevurdering for legemidler som finansieres av spesialisthelsetjenesten,
- endre prioriteringsforskriften for å få på plass en klarere begrepsbruk knyttet til utprøvende behandling,
- etablere nasjonale prinsipper for bruk av utprøvende behandling i spesialisthelsetjenesten,
- sørge for at prinsippene for utprøvende behandling formidles i styringsdialogen med de regionale helseforetakene og legges til grunn for arbeidet med nasjonale faglige retningslinjer og handlingsprogrammer,

- videreutvikle det nasjonale nettverket for klinisk forskning (NorCRIN) og etablere et nordisk samarbeid om kliniske multisenterstudier.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener det er behov for å legge klare rammer for utprøving og innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten for å sikre faglig forsvarlig og riktig prioritering av ressursene. Disse medlemmer mener det også er en målsetting at nye behandlingsmetoder og legemidler tas raskere i bruk i Norge, og at nye systemer for utprøving og innføring ikke bare må bygge på målsettinger om ressursbruk, men også på hva som er til gode for pasientene. I den forbindelse mener disse medlemmer at Norge må etablere sterkere nordisk og europeisk samarbeid for utprøving og innføring av nye behandlingsmetoder, men også at landene i Norden i større grad må anerkjenne arbeid som er gjort i ett eller flere av de andre landene.

Bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon

Komiteen støtter regjeringens mål om at forskning, innovasjon og utdanning i enda større grad enn i dag skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Det handler om å stimulere til forskning som er relevant for tjenesten, ta i bruk ny kunnskap, bruke forskning som redskap i planlegging og kvalitetssikring, og utnytte praksisnær forskning i kontinuerlig kvalitetsforbedring. Det er nødvendig med godt samarbeid mellom klinisk forskning, translasjonsforskning og grunnforskning for å utnytte forskningen effektivt. Innovasjon i helse- og omsorgstjenesten skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet gjennom nye arbeidsrutiner og måter å levere tjenester på. Godt samarbeid mellom universitets- og høyskolesektoren og helse- og omsorgssektoren er av stor betydning.

Komiteen vil påpeke det særlige behovet og ansvaret helse- omsorgstjenesten har for kontinuerlig å legge til rette for implementering av kjent kunnskap. Dette er en utfordring alle land har, men her kan vi lære av land som for eksempel Skottland, som har jobbet systematisk med dette.

Komiteen slutter seg til de seks tiltakene som er foreslått i meldingen for bedre kvalitet gjennom kunnskap og innovasjon. Disse er:

- videreføre satsingen på helse- og omsorgstjenesteforskning og innovasjon og utvikle en overordnet strategi for helse- og omsorgstjenesteforskning,
- stille krav om mer systematisk bruk av kunnskapsoppssummeringer og data om forskning og

kvalitet som grunnlag for å avdekke forskningsbehov og prioritere forskningsprosjekter,

- gjennomgå kompetansekravene i grunnutdanningene og vurdere kvaliteten på praksisutdanningene,
- bidra til at metoder for kvalitetsforbedringsarbeid inngår som en del av videre- og etterutdanninger for helse- og omsorgspersonell,
- vurdere nye krav til spesialistkompetanse som følge av medisinsk faglig utvikling og andre endringer i helsetjenesten,
- foreslå en ny autorisasjonsordning for helsepersonell som har utdanning fra land utenfor EØS-området.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti mener utvikling av ny kunnskap og innovasjon er en forutsetning for stadig å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det handler om ny medisinsk kunnskap, men også ny kunnskap og innovasjon i pasientbehandlingen, kvalitetsarbeid og utvikling av gode pasientforløp.

Disse medlemmer mener at en forutsetning for dette er nærhet mellom klinikk, omsorgstjenesten, helsetjenesten og forskningsmiljøene. Innovasjon og utvikling av nye behandlingsmetoder fordrer også i Norge et nært offentlig og privat samarbeid. Disse medlemmer mener at mye av forskningen knyttet til omsorgs- og primærhelsetjenesten skjer på tjenesten, og ikke i helse- og omsorgstjenesten. Disse medlemmer mener at det er bred enighet om at en større del av helseutfordringene i fremtiden skal løses i primærhelsetjenesten. Det vil kreve at også en større andel av forskningsinnsatsen gjøres der.

Disse medlemmer viser til at innovasjon i tjenesten i mange tilfeller må skje i nært samarbeid med private aktører. Det krever en bedre innkjøpskompetanse enn den som eksisterer i dag, og at en i større grad etablerer offentlig-private utviklingsavtaler.

Forslag fra mindretall

Forslag fra Fremskrittspartiet, Høyre og Kristelig Folkeparti:

Forslag 1

Stortinget ber regjeringen innføre en tidsfrist for når helseforetakene skal være ISO-sertifisert og stille krav til at det skal være rutiner for når det skal gjennomføres sikkerhets- og sårbarhetsanalyser.

Forslag 2

Stortinget ber regjeringen fremme en sak om opprettelse av en permanent undersøkelseskommi-

sjon for helsetjenesten, etter modell fra Statens havarikommisjonen for transportsektoren.

Forslag 3

Stortinget ber regjeringen fremme en egen sak om styrking av legevaktordningen, herunder nye nasjonale føringer om innhold og kvalitet.

Forslag 4

Stortinget ber regjeringen på bakgrunn av Helse-tilsynets landsomfattende tilsyn og Pasient- og brukerombudets årsrapporter utarbeide en årlig melding til Stortinget om kvalitet og pasientsikkerhet.

Forslag 5

Stortinget ber regjeringen utrede en meldeordning for avvik for kommunehelsetjenesten.

Forslag fra Fremskrittspartiet og Høyre:

Forslag 6

Stortinget ber regjeringen fremme en sak om en grundig gjennomgang av dagens DRG-system for å rette opp eventuelle skjevheter.

Forslag 7

Stortinget ber regjeringen igangsette arbeidet med å utvikle en ny godkjenningsordning for private

institusjoner og tilbud i spesialisthelsetjenesten som bedre sikrer kvalitet og pasientsikkerhet.

Forslag fra Fremskrittspartiet:

Forslag 8

Stortinget ber regjeringen i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2013 legge frem en forpliktende plan for innføring av et nasjonalt IKT-system for helsesektoren som bidrar til å bedre intern kommunikasjon, informasjonsflyt mellom sykehusene og bedret pasientsikkerhet.

Forslag 9

Stortinget ber regjeringen øke bevilgninger til kjøp av ledig kapasitet hos private tilbydere av helse-tjenester for å få ned dagens helsekøer.

Komiteens tilråding

Komiteen viser til meldingen og merknadene og råar Stortinget til å gjøre følgende

v e d t a k :

Meld. St. 10 (2012–2013) – god kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 21. mars 2013

Bent Høie

leder og ordfører

