



Innst. 234 S

(2016–2017)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 13 (2016–2017)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Kvalitet og pasientsikkerhet 2015

Til Stortinget

1. Åpenhet om kvalitet og pasientsikkerhet

1.1 Sammendrag

Regjeringen har lagt fram den tredje årlige meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet. Meldingen oppsummerer og gjør opp status for kvalitet og pasientsikkerhet i den samlede helse- og omsorgstjenesten i 2015, slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning, Helsedirektoratets meldeordning samt nasjonale og internasjonale kvalitetsindikatorer og sammenligninger. I årets melding er variasjon i helse- og omsorgstjenester løftet fram. I tillegg til omtale av variasjon i kvalitet, er variasjon i befolkningens bruk av helse- og omsorgstjenester omtalt i et eget kapittel.

Norsk helsetjeneste er i verdenstoppen og oppnår gode resultater på en rekke områder. Norge ligger høyt på overlevelse for sykdommer som kreft, hjertesvikt og hjerneslag, og vi er gode på håndtering av ulykker og skader. De fleste gir også uttrykk for at de er fornøyde med de tjenestene de får. Dette framgår både av nasjonale undersøkelser og internasjonale sammenligninger. Materialet som presenteres i denne meldingen er ikke representativt og kan derfor gi et for negativt bilde av helse- og omsorgstjenesten. Kildene som er brukt er ikke direkte sammenlignbare, og dataene gir derfor heller ikke et utfyllende bilde av status på områdene kvalitet og pasientsik-

kerhet. Meldingen viser imidlertid risikoområder som er avdekket. Dette er områder hvor det er behov for å iverksette tiltak som ledd i tjenestens systematiske arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Materialet for 2015 viser at det er utfordringer på mange av de samme områdene som tidligere år. Det er fortsatt gjennomgående utfordringer knyttet til kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse. Når det gjelder tilgang på data er det fortsatt mest kunnskap om status og risiko i spesialisthelsetjenesten, selv om kunnskaps- og datagrunnlaget om kommunal helse- og omsorgstjeneste er blitt større.

1.2 Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Freddy de Ruiten, Ruth Grung, Ingvild Kjerkol, Tove Karoline Knutsen og Torgeir Micaelsen, fra Høyre, Kristin Ørmen Johnsen, Elisabeth Røbekk Nørve, Sveinung Stensland og Tone Wilhelmsen Trøen, fra Fremskrittspartiet, Bård Høksrud, lederen Kari Kjønnaas Kjos og Morten Wold, fra Kristelig Folkeparti, Olaug V. Bollestad, fra Senterpartiet, Kjersti Toppe, og fra Venstre, Ketil Kjenseth, viser til at Norge har et godt utviklet helsevesen og at norsk helsetjeneste kommer bra ut på en rekke områder om vi sammenligner oss med andre vestlige land. Undersøkelser tyder på at de fleste pasienter, brukere og pårørende er fornøyd med helse- og omsorgstjenestene. Vi har gode behandlingsresultater for en rekke alvorlige sykdommer. Komiteen vil understreke at behandling i helsevesenet alltid vil kunne være forbundet med risiko. Men det er godt

kjent at uheldige hendelser, feil og mangler forekommer i for stor grad. Dette må og kan forebygges, slik at helse- og omsorgstjenestene blir enda tryggere. Komiteen vil peke på at det å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgssektoren er et kontinuerlig arbeid. Dette arbeidet må integreres i tjenestene og ha det største fokus, ikke minst på ledernivå. Norsk helsevesen har tradisjon for å bygge på fellesskapsløsninger, som skal sikre likeverdige helsetjenester til alle, uansett sosial bakgrunn og geografisk tilhørighet. Norsk helsevesen har stor tillit i befolkningen. Å kunne være trygg på at behandling og omsorgstilbud som blir gitt er faglig forsvarlig og med beste kvalitet, der risikoen for feil og pasientskader minimeres, og med åpenhet dersom uheldige hendelser skjer, er avgjørende for at tilliten til vårt helsevesen opprettholdes. Komiteen vil understreke at det er et overordnet politisk ansvar å sørge for kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene. Komiteen er derfor glad for at regjeringen legger frem årlige meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet, for å styrke det politiske ledelsesfokuset på kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene.

Komiteen er klar over at materialet i meldingen ikke er representativt, og at det kan gi et for negativt bilde av situasjonen. Men den viser risikoområder hvor det er behov for tiltak som ledd i tjenestenes systematiske kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Komiteen viser til at arbeidet tar utgangspunkt i stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene (Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten) som beskrev både status, utfordringer og nasjonale målsettinger og tiltak for å styrke kvalitet og pasientsikkerhet i hele helse- og omsorgstjenesten. Komiteen viser videre til NOU 2015:11 Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene, som foreslo mange konkrete tiltak for å styrke pasientsikkerhetsarbeidet. Komiteen registrerer at regjeringen vil følge opp denne ved å legge fram for Stortinget en lovproposisjon med en meldingsdel før sommeren 2017.

Komiteen viser til at den foreliggende meldingen om kvalitet og pasientsikkerhet 2015 viser samme utfordringer som tidligere år, og at det særlig er problemer knyttet til kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse. Komiteen mener dette er forventet, men at det er viktig at det nå kan vises til forbedringer. Komiteen vil understreke at dersom meldingen skal ha verdi, må den følges opp i det årlige arbeidet som departementet utøver mot helseforetak og kommuner.

Komiteen har arrangert høring i saken, der pasient- og brukerombudene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning (NPE), Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, de regionale helseforetakene, KS og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ble invitert, og stilte. I tillegg deltok Apotekforeningen, Den norske legeförening og Norsk sykepleierforbund.

2. Kvalitet og pasientsikkerhet i et internasjonalt perspektiv

2.1 Sammendrag

OECD-rapporten Health at a Glance viser at helsetilstanden i Norge generelt er god, med høy forventet levealder og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Norske helsevaner er også bedre enn gjennomsnittet, med lavere egenrapportert forbruk av tobakk og alkohol. For livmorhalskreft og for brystkreft er Norge blant de beste OECD-landene når det gjelder overlevelse. For tarmkreft ligger Norge på gjennomsnittet av alle OECD-landene. Oppslutning om vaksinasjonsprogram er som gjennomsnittet i OECD-landene.

Norge skårer noe dårligere når det gjelder indikatorene for legemiddelbruk hos eldre, pasientsikkerhet og vaksinasjon. Norge skriver ut gjennomsnittlig mengde antibiotika i primærhelsetjenesten, men bruker i mindre grad bredspektret (annenlinje) antibiotika enn snittet i OECD.

En god primærhelsetjeneste for pasienter med kroniske tilstander, for eksempel diabetes og astma/KOLS, vil kunne vises gjennom en lav innleggelsesfrekvens i sykehus. Selv om Norge kommer godt ut med hensyn til innleggelsesfrekvens for diabetikere, er Norge på gjennomsnittet i OECD når det gjelder ben- og fotamputasjon hos denne pasientgruppen. Når det gjelder innleggelsesfrekvens for astma/KOLS, ligger Norge på snittet i OECD.

Som mål på kvaliteten på akutte tjenester måles dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse for hjerteinfarkt og hjerneslag. Her kommer Norge godt ut. Fra 1990 til 2011 ble dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse redusert med 2/3.

The Commonwealth Fund er en stiftelse i USA som gjennomfører helsesystemundersøkelser årlig i en rekke land. Norge deltok for syvende gang i 2015. Dette året var det allmennleger som vurderte ulike sider ved helse- og omsorgstjenesten. Sammenlignet med de andre landene skårer Norge bedre på disse områdene:

- Allmennlegenes jobbtilfredshet og deres syn på hvordan helsetjenesten fungerer.

- Omfanget av problemer knyttet til betaling for legemidler og andre kostnader.
- Deres mulighet til å få utført spesialiserte diagnostiske prøver.
- Om allmennlegene føler seg godt forberedt på å motta ulike pasientgrupper.
- Elektronisk informasjonsutveksling med andre tjenester.
- Rutiner for kommunikasjon med annet helsepersonell som tilbyr hjelp i hjemmet.

Sammenlignet med de andre landene skårer Norge dårligere på følgende områder:

- Systemer for kvalitetsmåling (kliniske målinger og pasienterfaringer): Få muligheter til årlig å sammenligne egne prestasjoner med andre allmennleger.
- Allmennleger har i mindre grad rutinemessige samtaler om behovet for helsehjelp med eldre og syke som ikke kan ta avgjørelser på egne vegne.
- Koordinering av behandling, spesielt tiden det tar fra utskrivning til allmennlegen mottar nødvendig informasjon fra sykehuset og får tilgang til journal.
- Oppfølging av pasienter mellom konsultasjoner og koordinert oppfølging med sykehus når det gjelder utskrevne pasienter.
- Elektroniske tjenester for pasienter, blant annet mulighet for å sende medisinske spørsmål på e-post og tilgang til egen journal på nettet.
- Journalsystemets mulighet til å generere elektronisk ulike typer lister, for eksempel liste over pasienter som skal til prøver eller forebyggende tiltak.

2.2 Komiteens merknader

Komiteen ser det som svært positivt at norsk helse- og omsorgstjeneste generelt kommer godt ut i et internasjonalt perspektiv, blant annet når det gjelder overlevelse av hjerteinfarkt, slag og visse krefttyper. Komiteen vil peke på at rett legemiddelbruk hos eldre fremdeles er en stor utfordring. Komiteen mener det er særlig bekymringsfullt at det er svakheter ved koordinering av behandling etter sykehusinnleggelse, og at det tar tid før allmennleger mottar nødvendig informasjon.

Komiteen viser til at allmennleger i mindre grad har rutinemessige samtaler med eldre og syke som ikke kan ta avgjørelser på egne vegne. Komiteen mener dette må endres, og viser til at Stortinget ved behandling av primærhelsemeldingen (Innst. 40 S (2015–2016), jf. Meld. St. 26 (2014–2015)) mente det var nødvendig å gjennomgå organiseringen og finansieringen av fastlegeordningen. Komiteen mener det er stort behov for kortsiktige og langsiktige

tiltak for å bedre samhandling og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og forutsetter at regjeringen følger opp dette særskilt.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren, jf. Dokument 3:6 (2013–2014) påpekte betydelige svakheter i meldesystemene. Dette medlem er bekymret over at systemene fortsatt ikke er gode nok. Det gjenspeiles også i nyhetssaker, der for eksempel kommuneoverlege i Molde i desember 2016 ifølge Sunnmørsposten etterlyste bedre informasjon fra sykehusene når pasientene blir utskrevet og tatt over av kommunene. Ifølge kommuneoverlegen hadde de bare fått informasjon (skriftlig elektronisk) om hver fjerde pasient kommunen mottok fra sykehusene. En oversikt fra mars til desember viste ifølge avisen at Molde kommune mottok 579 pasienter som ble skrevet ut fra sykehuset, uten skriftlig informasjon om hva slags behandling pasienten hadde fått og hvilke legemidler pasienten skulle ha. Molde sykehus understreket ifølge avisen at de sendte med alle pasienter et A4-ark med informasjon, underskrevet av lege, med en oppsummering av behandling og oppfølging (Sunnmørsposten 5. mars 2017).

3. Pasient- og brukerombudene

3.1 Sammendrag

I 2015 mottok landets pasient- og brukerombud 14 677 henvendelser. Sakstilgangen har vært stabil de siste tre årene. Rundt 60 pst. av henvendelsene omhandlet spesialisthelsetjenesten, mens 40 pst. knyttes til kommunale helse- og omsorgstjenester. Pasient- og brukerombudene mener at det fortsatt er et udekket behov for bistand, spesielt når det gjelder kommunale tjenester.

Pakkeforløp for kreft – en vellykket reform til nå?

Ombudene støtter innføringen av pakkeforløpene og ser at dette vil kunne bidra til effektive behandlingsforløp også utenfor kreftområdet. Ombudene anbefaler:

- Spesialisthelsetjenesten må sikres forsvarlige ressurser til å implementere ordningen uten at det medfører negative konsekvenser for andre pasientgrupper.
- Helsepersonell må bli flinkere til å informere og forklare pasientene konsekvensene dersom de anbefalte fristene ikke holdes.

- Det må foretas risikovurderinger av ordningens betydning for andre pasientgrupper.

Brukere med omfattende hjelpebehov – krevende for kommunene og store forskjeller i tjenestetilbudet

Pasient- og brukerombudene erfarer at brukere med omfattende hjelpebehov ofte møter store utfordringer hos kommunale tjenesteytere. Ombudene anbefaler:

- Kommunal saksbehandling i BPA-saker må bli raskere og bedre.
- Personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse skal få denne tjenesten organisert som BPA når det er den beste løsningen for dem det gjelder.
- Bostedskommune må ikke være avgjørende for retten og muligheten til BPA.
- Familier med omfattende bistandsbehov må sikres tilstrekkelig hjelp uavhengig av bostedskommune.

Pasient- og brukerrettigheter – et gode for de få?

Pasient- og brukerombudene erfarer at kunnskap om rettigheter ikke er så god som den bør være og at årsakene er mange. Pasienter og brukere benytter i liten grad sin klagerett. Ombudene anbefaler:

- En informasjonskampanje rettet mot landets innbyggere for å skape kunnskap om våre pasient- og brukerrettigheter. Ombudene bidrar gjerne i dette arbeidet.
- En tilsvarende informasjonskampanje rettet mot tjenesteyterne.
- En styrking av tilsynsordningen.

Hvorfor lærer ikke sykehusene av brukerundersøkelser?

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet fra 2016) har siden 2011 årlig utført en nasjonal brukererfaringsundersøkelse blant voksne døgnpasienter ved somatiske sykehus, PasOpp-undersøkelsen. Pasient- og brukerombudene stiller spørsmål ved den langsomme forbedringen på måleparameterne i brukerundersøkelsene. Ombudene anbefaler:

- Praktisk oppfølging av resultatene fra PasOpp-undersøkelsene må stilles som krav til foretakene i oppdragsdokumentene de får fra eier.

Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene må styrkes

Ombudene er bekymret over manglende oversikt og kunnskap om hvordan kommunene ivaretar egen helse- og omsorgstjeneste. Ombudene anbefaler:

- Arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må inn i rammeplanene for utdanning av helsepersonell og inngå både i teori og praksisfeltet.
- Forslagene i NOU 2015:11 om møter med pasienter, brukere og pårørende i etterkant av alvorlige hendelser må innføres.
- Det må settes et langt større fokus på kommunenes plikt til systematisk kvalitetsarbeid og risikovurderinger som grunnlag for utvikling og dimensjonering av helse- og omsorgstjenester.
- Kommunene må sikres tilstrekkelige ressurser til å kunne gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester.
- Helse- og omsorgstjenesten må innlemmes i meldeordningene til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn.

Fortsatt bekymring for sykehjemstilbudet

Ombudene ga i årsmeldingen for 2014 uttrykk for bekymring for mangler i sykehjemstilbudet i mange av landets kommuner. Disse utfordringene synes fortsatt å være til stede, og ombudene mottar mange henvendelser vedrørende sykehjem. Ombudene anbefaler:

- Ombudene vil advare kommunene mot i for stor grad å satse på ensidige løsninger som for eksempel utbygging og ombygging av omsorgsboliger på bekostning av sykehjemsplasser.
- Ombudene er kritiske til innføring av retten til å stå på venteliste for sykehjemsplass og mener dette i realiteten kan svekke rettssikkerheten til pasientene.
- Pasient- og brukerombudene etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sykehjemstilbudet i Norge samsvarer med pasient- og brukerrettighetslovens grunnleggende formål, verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften.

Tilgjengelighet til fastlegene – kampen for en timeavtale

Pasient- og brukerombudene får mange henvendelser der ett eller flere av målene med fastlegeordningen ikke oppfylles sett fra pasientens ståsted. Mangel på tilgjengelighet og muligheten for å få timeavtale innen nødvendig og rimelig tid, er et hyppig tema. I enkelte deler av landet er det utfordringer med rekruttering av leger, og gjennomtrekken av leger er stor. Ombudene anbefaler:

- Fastlegeordningen må evalueres med tanke på om målsettingen med ordningen oppfylles.
- Det må forutsettes at fastleger har tilstrekkelige norskkunnskaper til å ivareta sikker kommunikasjon.

Brukermedvirkning – fra festtaler til samvalg

Uansett hovedårsak til kontakt med ombudene, handler svært mange av henvendelsene om elementer av dårlig eller mangelfull informasjon og kommunikasjon. Et felles trekk er at mange opplever ikke å bli hørt og tatt på alvor. God kommunikasjon ligger i bunnen for all brukermedvirkning. Ombudene anbefaler:

- Det må legges til rette for at helsepersonell trenes i kommunikasjon.

3.2 Komiteens merknader

Komiteen mener at tilbakemeldingene fra pasient- og brukerombudene er viktige og bør tas særlig hensyn til. Mange henvendelser handler om dårlig eller mangelfull informasjon og kommunikasjon. Dette må tas på største alvor. Pasient- og brukerombudene viser til at fastlegeordningen må evalueres, noe komiteen støtter.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at det i primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste) ble gjort en vurdering av utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, herunder fastlegeordningen. Meldingen peker på behov for endringer som også vil innebære endringer i organisering og finansiering av fastlegeordningen. Flertallet er kjent med at det planlegges en utprøving av primærhelseteam, og ser frem til resultatene av dette.

Komiteen registrerer at pasient- og brukerombudene nå som i tidligere årsmeldinger er særlig bekymret for sykehjemstilbudet. De etterlyser konkrete tiltak for å sikre at sykehjemstilbudet i Norge samsvarer med pasient- og brukerrettighetsloven, verdighetsgarantien og kvalitetsforskriften. Komiteen er enig med pasient- og brukerombudene i dette, og imøteser at fremtidige kvalitetsmeldinger har ekstra søkelys på sykehjemstilbudet.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil minne om at formålet med de årlige meldingene er å oppsummere status for kvalitet og pasientsikkerhet slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra blant andre pasient- og brukerombudene. Det vil således kunne

varierte hvilke tema som omtales i framtidige meldinger, og på hvilken måte disse følges opp.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil minne om at årlige kvalitetsmeldinger til Stortinget ikke bare er en statusoppsummering, men må ha som mål å føre til forbedringer i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, særlig på risikoområder. Disse medlemmer er opptatt av at kvalitet i sykehjemstilbudet må få en særskilt oppfølging, siden dette blir gjentatt i rapportene og at det handler om en svært sårbar pasientgruppe.

Komiteen vil påpeke, som pasient- og brukerombudene, at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet må inn i rammeplanene for utdanning av helsepersonell, og at kommunehelsetjenesten må innlemmes i meldeordningene til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. Komiteen er også enig med pasient- og brukerombudene i at helseforetakene i oppdragsdokumentene må stille krav om praktisk oppfølging av resultatene fra PasOpp-undersøkelsen.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at ombudenes innspill om kvalitet og pasientsikkerhet i rammeplanene for utdanning, samt innlemming av den kommunale helsetjenesten i meldeordningen til Helsedirektoratet og varselplicht til Statens helsetilsyn, er tema som regjeringen vil komme tilbake til som et ledd i oppfølgingen av Arianson-utvalget.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet viser til at å innlemme meldeordningen i kommunehelsetjenesten har vært et krav i flere år og burde allerede vært innført. Enda en utsettelse og venting på avklaring fra regjeringen inntil en ny stortingsmelding er levert, er derfor uheldig.

Komiteen støtter anbefalingen om tiltak for å bedre innbyggernes og pasienters kunnskap om pasient- og brukerrettigheter, og en styrking av tilsynsordningen.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet merker seg at pasient- og brukerombudene er bekymret for at pakkeforløp for kreft kan medføre negative konsekvenser for andre pasientgrupper om ikke spesialisthelsetjenesten sikres forsvarlige ressurser til implementering. Det etterlyses risikovurdering av ordningens betydning for andre pasientgrupper, og disse medlemmer ber regjeringen vurdere dette.

Komiteens flertall, medlemmene fra Høyre, Fremskrittspartiet og Venstre, viser til at pakkeforløp for kreft er i en implementeringsfase og følges tett. Kreftpasientene som omfattes av pakkeforløp, vil få hjelp raskere og mer sammenhengende, ved at behandlingen er bedre organisert. Det er forventet av systemet med pakkeforløp for kreft på sikt kan være ressursbesparende. Den nye måten å organisere kreftbehandlingen på kan brukes som erfaring for hvordan tilbudet til andre pasientgrupper skal organiseres. Flertallet påpeker at dersom det viser seg at dette skulle få vesentlige følger for andre pasientgrupper, bør departementet ta dette opp i den ordinære styringsdialogen med de regionale helseforetakene.

Komiteen ber regjeringen følge opp bekymringene som meldes angående kommunenes praktisering av BPA-ordningen.

Komiteen viser til at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å sørge for en følgeevaluering av rettighetsfestingen av BPA. Denne følgeevalueringen er nå i gang og vil bli sluttført i løpet av 2017.

4. Statens helsetilsyn og fylkesmennene

4.1 Sammendrag

Fylkesmennene gjennomførte i 2015 et landsomfattende tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Det ble gjennomført tilsyn i 19 helseforetak og 37 kommuner. Det ble konstatert brudd på lov og forskrift i 13 foretak og 23 kommuner. Flere steder ble det funnet alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune, blant annet ved at overføring av informasjon fra sykehus til kommune var mangelfull. Pasientene selv fikk også for lite informasjon, både om den behandlingen de hadde mottatt på sykehuset og om hva som skulle skje når de kom hjem. Tilsynet avdekket at implementering av samarbeidsavtaler og oppfølging av retningslinjer for samarbeidet sviktet flere steder. Dette sviktet både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

I 2015 mottok Statens helsetilsyn i alt 501 varsler etter § 3-3a i spesialisthelsetjenesteloven. I alt 50 pst. av varslene var fra psykisk helsevern og 50 pst. var fra somatisk helsetjeneste. Varlene kan i liten grad si noe om variasjoner i kvaliteten i tilbudet mellom de ulike sykehusene. Til det er tallene for små og tilfældighetene i hva som varsles for stor.

Ved oppfølging av alvorlige hendelser erfarer Helsetilsynet at det fortsatt er varierende granskingskompetanse og store ulikheter når det gjelder ferdigheter og ressursinnsats i hvordan alvorlige hendelser

følges opp i helseforetakene, og hvordan pasienter og pårørende ivaretas og informeres i etterkant slik de har rett til etter pasient- og brukerrettighetslovgivningen.

Et tema som går igjen i flere saker som Undersøkelsesenheten behandler, er manglende risikovurdering av pasientsikkerhet i forbindelse med innføring av nye metoder, endring av arbeidsoppgaver eller flytting av funksjoner. Ofte vil endringer føre til nye pasientforløp, nye arbeidsoppgaver eller bortfall av arbeidsoppgaver. Dersom involvert helsepersonell ikke i tilstrekkelig grad forstår disse endringene og er satt inn i nye retningslinjer, vil dette kunne gå ut over pasientbehandlingen.

Statens helsetilsyn legger til grunn at dersom det psykososiale arbeidsmiljøet i en virksomhet er preget av uenigheter og motsetninger, kan dette være forhold som tilsynet må inkludere i vurderingen av om kravet til forsvarlig virksomhet og pasientsikkerhet er ivarettatt.

Etter å ha håndtert og vurdert nærmere 2 000 varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten fra 2010, er det funnet grunnlag for å gi administrative reaksjoner kun i et fåtall tilfeller.

I meldingen gjøres det i tillegg rede for Helsetilsynets tilsyn, funn og konklusjoner på følgende områder:

- Fødselssaker
- Medisinsk og helsefaglig forskning
- Risikovurdering av tjenester til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse
- Håndtering av blod, celler, vev og organer
- Hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov
- Alvorlig psykisk syke barn på barnevernsinstitusjon
- Involvering av pasienter og pårørende

4.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til årsmelding fra Statens helsetilsyn og Fylkesmennene, og forutsetter at de forskjellige tilsynene fører til lærdom og forbedring i tjenestene.

Komiteen vil spesielt peke på resultatet av det landsomfattende tilsynet i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Når vesentlig informasjon mangler, kan det få alvorlige konsekvenser.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener at det er et ytterligere potensial for å lære av hendelser som meldes til Statens helsetilsyn. For å få en god gjennomgang av alvorlige hendelser, er det viktig at undersøkelsesenheten i Statens helse-

tilsyn har mulighet til å gjøre tilstrekkelig stedlige tilsyn.

Komiteen mener at manglende samarbeid og informasjonsflyt ved utskrivning ikke kan vente mange år på forbedringer, og vil understreke at arbeidet for å få kortsiktige og langsiktige tiltak må følges systematisk opp. Det vises i denne sammenheng til arbeidet med bedre IKT-systemer, flere e-helseprosjekter, blant annet *En innbygger – én journal*, forskrift om utskrivningsklare pasienter innen somatikk, rus og psykisk helse med krav til system for pasientenes overgang mellom spesialisthelse- og kommunale tjenester, og til de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Komiteens medlem fra Senterpartiet mener at mens man venter på kort- og langsiktige tiltak og nye og mer funksjonelle IKT-løsninger, må det settes krav til strakstiltak som hindrer at dagens pasienter utsettes for stor risiko ved overgang og forflytning mellom nivåer og spesielt etter utskrivning. Det bør straks settes krav om mye tettere samarbeid, og at samarbeidsavtalene blir funksjonelle og setter pasientens behov fremst. Helsetjenesten har et ansvarlighetsansvar, og det må kunne forventes at innlagte pasienter ikke sendes ut, dersom vesentlig informasjon mangler. Dette er et viktig ledelsesansvar å sikre, som det må settes tydelig krav om i styringsdialogen mellom departement og regionale helseforetak.

Komiteen registrerer også at Statens helsetilsyn melder om variasjon i varslingskultur, og mener det må arbeides for åpenhet og god meldekultur i hele helsetjenesten.

Komiteen viser til at det er påvist manglende risikovurdering av pasientsikkerheten i forbindelse med innføring av nye metoder, endringer av arbeidsoppgaver eller flytting av funksjoner. Komiteen mener det er avgjørende at tjenesten tar lærdom av dette tilsynet, og hindrer at liknende skjer igjen. Komiteen mener det må settes klare og absolutte krav til risiko- og mulighetsanalyser ved endring og flytting av akuttfunksjoner i sykehus, og ber regjeringen sørge for dette.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til at i flere prosesser i helseforetakene rundt fjerning av akuttkirurgi og nedlegging av sykehus, som på Rjukan, er det påvist svikt i prosesskrav og manglende risiko- og sårbarhetsanalyser.

Manglende risiko- og sårbarhetsanalyser er også påvist for utredningen av akuttberedskap ved Flekkefjord sykehus, og Helse Sør-Øst har derfor bedt om nye analyser.

Komiteen vil trekke fram tilsynet med hjemmeboende eldre med omfattende hjelpebehov. Påførende er gjennomgående urolige over mangelen på verdighet, omsorg, tillit og trygghet i hjemmetjenestene for skrøpelige hjemmeboende eldre over 80 år. Komiteen mener at regjeringen må se dette i sammenheng med pasient- og brukerombudenes bekymring for sykehjemstilbudet, og sørge for systematiske tiltak som fører til klare forbedringer i dette tilbudet.

Komiteen vil også vise til risikovurdering av tjenester til personer med samtidig rus- og psykisk lidelse. Det er fortsatt mangler i bolig- og behandlingstilbudet for pasienter med samtidig rus- og psykiatrilidelse, og de får heller ikke ivaretatt sin somatiske helse godt nok. Statens helsetilsyn skriver at det er nødvendig at somatikken tas på større alvor i tjenestene til personer med samtidig rus- og psykisk lidelse, noe komiteen også mener.

Komiteen registrerer også at Statens helsetilsyn tar opp manglende helsehjelp til alvorlig psykisk syke barn på barnevernsinstitusjon. Komiteen vil understreke behovet for å bedre helsetilbudet til barn i barnevernets omsorg. Komiteen vil også vise til at det i 2016 har vært to store saker i media, om glassjenta (Stavanger Aftenblad) og VGs dokumentasjon om ulovlig og massiv bruk av tvang i psykisk helsevern, der tilsynet selv ikke har klart å fange opp uforsvarligheten i tilbudene. Komiteen vil understreke at tilsynsordningene må fungere på en slik måte at uforsvarlighet i tjenestene oppdages og dokumenteres.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at regjeringen har tatt en rekke initiativ for å bedre helsetilbudet til barn med psykiske utfordringer i barnevernsinstitusjoner. Dette omfatter blant annet etablering av helseansvarlig i barnevernsinstitusjoner og barnevernsansvarlig i BUP, tydelige krav til de regionale helseforetakene om å etablere strukturer og rutiner som sikrer at disse barna får nødvendig utredning og behandling, planlegging av en hjemmesykehusmodell for barn med særlige psykiske helseutfordringer i egne barnevernsinstitusjoner som skal pekes ut til formålet, og nye samarbeidsavtaler som skal inkludere kommunalt og statlig barnevern, kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester m.m.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til representantforslag om bedre helsehjelp til barn i barnevernet, Dokument 8:39 S (2016–2017). Dette medlem mener at regjeringens satsing på helsehjelp til barn i barnevernet ikke er helhetlig, ikke er finansiert og ikke omhandler kommunehelsetjenesten i nevneverdig grad.

Komiteen vil peke på at en av de store utfordringene som mange med sammensatte behov møter, er at oppfølgings-, etterverns- og rehabiliteringstjenestene i liten grad er koordinert og samordnet. Vi vet at fattigdom, isolasjon, ensomhet og mangel på nettverk og tilhørighet er faktorer som er svært vanlige, og som både forårsakes av, leder til, opprettholder og forsterker rus- og psykiske problemer. Komiteen vil også peke på at personer med rusproblemer og/eller psykiske lidelser er overrepresentert blant bostedsløse, og at mange brukere trekker fram en stabil og trygg bolig som det viktigste første skrittet i en rehabiliteringsprosess. Komiteen vil understreke det store behovet for bedre koordinering, samordning, samhandling og planlegging av det samlede oppfølgings- og rehabiliteringsarbeidet. Mangelen på tilfredsstillende ettervern innen rus- og psykiatrifeltet er svært alvorlig. Komiteen viser for øvrig til behandlingen av Prop. 15 S (2015–2016) Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2019), jf. Innst. 240 S (2015–2016).

Komiteen mener at det kanskje aller mest alarmerende i Helsetilsynets rapport er den store variasjonen i hvordan alvorlige hendelser følges opp i helseforetakene, og i hvordan pasienter og pårørende ivaretas. Når det gjelder det psykososiale miljøet, vil komiteen også vise til Helsedirektoratets rapport Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus 2012 og 2014. Pasientsikkerhetskulturen indikerer i hvilken grad rutiner, holdninger og handlinger bidrar til å forebygge uønskede hendelser og pasientskader. Undersøkelsen viser at rundt halvparten av enhetene ved norske sykehus rapporterer om et godt klima for pasientsikkerhetskultur, men også at minst 44 pst. kan ha et klima som gir økt sjanse for pasientskader. Undersøkelsen viser at ledere er viktige premissgivere for hvordan ansatte opplever pasientsikkerhetskulturen ved sitt arbeidssted. Komiteen vil understreke at en trygg og åpen kultur bygges ved at ledere er åpne om egne erfaringer med uønskede hendelser, og systematisk gjennomgår omstendighetene for uønskede hendelser, og fokuserer på hvordan man kan forebygge at de inntreffer igjen. Komiteen forutsetter at krav til foretaksledelse om dette blir gjentatt.

5. Norsk pasientskadeerstatning (NPE)

5.1 Sammendrag

Antall saker meldt til NPE økte fra 5 217 saker i 2014 til 5 742 i 2015. Aldri tidligere har NPE mottatt så mange erstatningskrav i løpet av ett år. I 2015 fikk 32 pst. erstatningssøkere medhold i kravet sitt, samme andel som i 2014. NPE utbetalte i alt 933 mill. kroner i erstatninger i 2015.

Saker knyttet til ortopedi utgjør 31 pst. av vedtakene i 2015. Saker med bakgrunn i svulster og kreftsykdommer utgjør 14 pst., odontologi 8 pst., og psykiatri og gastroenterologisk kirurgi 5 pst. hver. Totalt sett er 57 pst. av medholdssakene begrunnet med svikt i behandlingen, 30 pst. skyldes svikt i diagnostikk og 8 pst. skyldes infeksjon.

De viktigste årsakene til svikt i behandlingen er at det er brukt feil behandlingsteknikk/metode, at behandlingen har vært mangelfull/manglende eller at det ikke har vært grunnlag for behandlingen. Hovedårsakene til svikt i diagnostikk er at funn ikke har vært fulgt opp/mangelfull utredning, at det ikke er rekvirert prøver/undersøkelser eller at prøvesvar/kliniske undersøkelser er blitt feiltolket.

Rapport for privat helsetjeneste viser at NPE har mottatt 3 113 saker i perioden. Antallet saker har økt hvert år siden 2009 og utgjorde i 2015 11 pst. av sakene. Over halvparten av mottatte saker gjelder tannbehandling. Kirurger er den nest største helsepersonellgruppen med 17 pst.

For NPE er det viktig å bidra til pasientsikkerhetsarbeidet. Dette gjøres først og fremst ved å gjøre skadestatistikk og informasjon om læringsverdien av sakene tilgjengelig for helsetjenesten og myndighetene. Noe av det som gjør sakene som blir meldt til NPE sentrale, er at det er pasienten selv som melder.

5.2 Komiteens merknader

Komiteen mener at NPEs forskriftsfestede oppgaver om å bidra til statistiske data til helsesektorens arbeid med kvalitetsforbedring og skadeforebyggelse, er viktig. Komiteen merker seg at ved erstatning innen privat helsetjeneste, gjelder over halvparten av mottatte saker tannbehandling. Komiteen mener at kvalitet og pasientsikkerhet når det gjelder tannbehandling i større grad bør omtales i årlige kvalitetsmeldinger til Stortinget.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet vil minne om at formålet med de årlige meldingene er å oppsummere status for kvalitet og pasientsikkerhet slik det kommer til uttrykk i årsmeldinger og rapporter fra blant andre NPE og nasjonale kvalitetsindikatorer. Det vil således kunne variere hvilke tema som omtales i framtidige meldinger og på hvilken måte disse følges opp.

Komiteens medlem fra Senterpartiet vil minne om at årlige kvalitetsmeldinger til Stortinget ikke bare skal være en statusoppsummering, men må ha som mål å føre til forbedringer i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet, særlig på risikoområder.

6. Meldeordningen

6.1 Sammendrag

I 2015 mottok Meldeordningen 9 707 meldinger. Det var registrert betydelig skade i 1 352 hendelser (14,6 pst.), og 441 hendelser (4,6 pst.) omhandlet dødsfall. Av disse var det 159 selvmord. I 2 877 hendelser (31,4 pst.) var det ikke registrert noen skade på pasienten. Disse er meldt fordi hendelsene kunne ha medført betydelig pasientskade.

Antall meldinger fra de ulike virksomhetene varierer betydelig. I årsrapporten påpekes det at antall meldinger sier noe om en virksomhets evne til å oppdage og rapportere uønskede hendelser. Det representerer ikke forekomst av uønskede hendelser. De meldte hendelsene fordeler seg jevnt mellom kvinner og menn. Ni prosent av hendelsene gjaldt barn under 12 år.

- Avvik knyttet til kliniske prosesser/prosedyrer forekom i 43 pst. av hendelsene.
- I 1951 meldinger (20 pst.) var det registrert feil knyttet til legemiddelhåndtering. 85 av disse resulterte i betydelig pasientskade, og i 15 hendelser døde pasienten.
- Pasientuhell utgjorde 16 pst. av hendelsene. Hele 1 396 av disse hendelsene gjaldt fall.
- Svikt i pasientadministrasjon utgjorde 15 pst. av hendelsene. Risikoområder var overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse på sykehus eller flytting av pasienter internt på sykehus.
- Uønskede hendelser vedrørende dokumentasjon var beskrevet i 1 158 meldinger; 12 pst. av hendelsene.

Meldeordningen påpeker at svikt i dokumentasjon og informasjonsflyt synes å være en av de største truslene mot sikker pasientbehandling. Dette gjelder blant annet oppfølging av prøver og undersøkelser.

Meldeordningen publiserte syv læringsnotater i 2015 med stor variasjon i både tematikk og omfang. Et fellestrekk ved læringsnotatene er at de identifiserer risikoområder basert på innmeldte meldinger og fremmer forslag til forbedringsområder basert på innmeldte meldinger, nasjonale faglige retningslinjer der slike foreligger og for de fleste notatene systematisk gjennomgang av forskningslitteratur for å finne effektive tiltak.

6.2 Komiteens merknader

Komiteen er glad for at meldeordningen ser ut til å fungere etter hensikten – som er å forbedre pasientsikkerheten og avdekke risikomønstre, ikke å straffe den enkelte ansatte. Komiteen merker seg

at avvik knyttet til kliniske prosesser/prosedyrer, som observasjon, behandling og pleie, utgjør den største delen av meldingene; 43 pst. Komiteen merker seg at 20 pst. gjelder feil knyttet til legemiddelhåndtering. Dette alene førte til 85 alvorlige hendelser, og herav 15 dødsfall. Komiteen mener innsatsen mot rett legemiddelhåndtering i helsetjenesten må fortsette med stor styrke, og viser til tiltak og målsettinger i Meld. St. 28 (2014–2015) Legemiddelmeldingen – Riktig bruk – bedre helse, jf. Innst. 151 S (2015–2016).

7. Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem

7.1 Sammendrag

Helsedirektoratet har siden 2012 hatt et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale kvalitetsindikatorer for hele helse- og omsorgstjenesten.

De nasjonale kvalitetsindikatorene fordeler seg på områdene somatisk helsetjeneste, psykisk helsevern og rus og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det har vært en positiv utvikling på de fleste indikatorene. Til sammen fire indikatorer viser en negativ utvikling. Det er observert negativ utvikling når det gjelder individuell plan for barnehabilitering og individuell plan for pasienter med diagnosen schizofreni i psykisk helsevern for voksne. Datagrunnlaget for indikatoren som måler individuell plan er imidlertid mangelfullt, og dette kan påvirke resultatet. Videre er det også målt en negativ utvikling innenfor sannsynlighet for reinnleggelse, henholdsvis for eldre pasienter etter brudd og eldre per kommune.

Resultatene på enkeltindikatorer gir ikke et helhetlig bilde av kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Ved å sette sammen resultater for et sett av indikatorer som sier noe om struktur, prosess og resultat – en «pakke» av indikatorer – vil det være mulig å danne seg et mer helhetlig bilde av kvaliteten i tjenesten. Slike «pakker» gjør det mulig å følge utviklingen innenfor et innsatsområde nærmere. Det er en forutsetning at det er tilgang til data på området. Det mangler fortsatt et tilstrekkelig datagrunnlag og nasjonale kvalitetsindikatorer innen enkelte fagområder til at det kan gis et mer helhetlig bilde av kvaliteten i disse tjenestene.

Det var flere «pakker» under utvikling i 2015. I meldingen gis det eksempler innen områdene hjerne-slag, omsorgstjenester og pasientsikkerhet. Kunnskap om årsaker til variasjon for de nasjonale kvalitetsindikatorene er viktig for å kunne tolke resultatene og for å kunne bruke disse i kvalitetsforbedringsarbeidet.

For mange av indikatorene er det ikke klare definisjoner for hva som er rett nivå for måloppfyllelse.

Regionale helseforetak og behandlingssenheter, kommuner og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten, bør derfor gjøre seg kjent med sine resultater. Videre bør de analysere årsaker dersom deres virksomhet avviker fra andre enheter det er naturlig å sammenligne seg med, eller fra et ønsket mål eller nivå.

7.2 Komiteens merknader

Komiteen ser positivt på at det utarbeides kvalitetsindikatorer på flere områder, og at disse brukes til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring i tjenestene. Komiteen viser til «pakker» av nasjonale kvalitetsindikatorer som kan gi et mer helhetlig bilde av kvaliteten i tjenestene. Når det gjelder kvalitetsindikatorer i omsorgstjenestene, vil komiteen bemerke at blant langtidsboere på sykehjem var bare vel 50 pst. vurdert av lege siste 12 måneder, og bare 33 pst. vurdert av tannhelsepersonell siste 12 måneder. Det er store geografiske forskjeller, men komiteen vil understreke at dette viser behovet for satsing på styrket legedekning og tannhelsetjenester ved sykehjem. Komiteen vil også fremheve at resultatet når det gjelder bruk av individuell plan hos mottakere av habilitering og rehabilitering, er for dårlig. På landsbasis har 61,6 pst. av tjenestemottakerne med vedtak om habilitering og rehabilitering i institusjon ikke individuell plan.

Komiteen merker seg at det er få kvalitetsindikatorer for akuttmedisinske tjenester, utenom aksess-tid og responstid. Når det gjelder reinnleggelser, merker komiteen seg at analysene på KOSTRA-gruppenivå viste at sannsynligheten for reinnleggelse var signifikant høyere enn referanseverdien i storbyene Oslo, Bergen, Trondheim og Stavanger.

Komiteens medlem fra Venstre mener det er positivt at det utarbeides flere kvalitetsindikatorer til bruk for bedre kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring som kan danne et godt grunnlag for å måle utviklingen av helse- og omsorgstjenestene. Dette medlem mener det også er naturlig at den årlige kvalitetsmeldingen inneholder en statusrapport og analyse av legemiddelsituasjonen i Norge. Dette medlem ber derfor om at kvalitetsmeldingen inneholder en årlig redegjørelse for utviklingen i legemiddelmangel i Norge. Dette medlem mener en slik redegjørelse må omhandle utviklingen i antall mangler, deres alvorlighet og varighet. Dette medlem mener en slik redegjørelse også bør inneholde en vurdering av utviklingen og av de tiltak som er satt i verk.

Komiteen viser til at det innenfor psykisk helsevern fra 2017 vil bli etablert et nytt sett med nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til bruk av tvangsmidler i institusjon. Det skal da være mulig å

følge utviklingen i bruk av både tvangsmidler og tvangsinleggelse gjennom tertialvis publisering av data på helsenorge.no. Komiteen mener dette er viktig og positivt som ett av flere tiltak, og vil i denne sammenheng understreke alvorret i den påviste omfattende ulovlige tvangsbruken i norsk psykiatri. Dette er ikke akseptable funn. Det er avgjørende for det grunnleggende menneskeverdet og for vår retts-sikkerhet at vi kan være trygge på at helsehjelpen gis, og at alle pasienter blir ivaretatt på en god og forsvarlig måte.

Komiteen vil påpeke behovet for en helhetlig gjennomgang av psykisk helsevern for å prioritere tiltak for å redusere unødvendig bruk av tvang og sikre nok ressurser til de mest alvorlig syke pasientene. Komiteen vil også igjen understreke at det bør være et mål å se på bruk av tvang overfor alle pasienter og brukere som er under offentlig omsorg. I tillegg til psykisk helsevern gjelder dette rusavhengige, barnevernsbarn, psykisk utviklingshemmede og eldre med kognitiv svikt. Østenstad-utvalget skal se på tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren, men det er behov for å harmonisere dette arbeidet med Barne- og ungdomsutvalget. Det er også nødvendig med økt kunnskap og oppmerksomhet om bruk av tvang og tvangsmedisinering overfor mennesker med demens og kognitiv svikt. Det er behov for et generelt kunnskapsløft om etisk og rett bruk av tvang, med økt vekt på pasientens integritet, involvering og selvbestemmelse.

Komiteen viser for øvrig til Innst. 169 S (2016–2017), jf. Dokument 8:90 S (2015–2016), om utredning av tvangsbruk i helse- og omsorgssektoren.

Komiteens medlem fra Senterpartiet viser til Representantforslag om en offentlig gransking av tvangsbruk i norsk psykiatri, Dokument 8:23 S (2016–2017), jf. Innst. 174 S (2016–2017).

8. Uønsket variasjon i forbruk

8.1 Sammendrag

Den norske versjonen av helseatlas ble lansert i 2015 av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF. De to helseatlasrapportene som ble publisert i 2015, så på variasjon i forbruk av helsetjenester innenfor dagkirurgi og barnehelse for utvalgte diagnosegrupper. Begge rapportene avdekket stor geografisk variasjon og gir grunn til å reise spørsmål ved om det er likeverdige helse-tilbud i Norge på disse områdene, og om dette påvirker kvalitet og pasientsikkerhet.

Å analysere geografisk variasjon i forbruk er ikke noe nytt som kom med helseatlas. De årlige Samdata-rapportene for spesialisthelsetjenesten og

den årlige samhandlingsstatistikken fra Helsedirektoratet, belyser også variasjon i bruk av helsetjenester. Mens Samdata vektlegger variasjon i liggetid, effektivitet og kapasitetsutnyttelse i spesialisthelsetjenesten på fagområder, presenterer helseatlasets geografisk variasjon i forbruk på diagnosenivå. Formålet med helseatlasets er ifølge SKDE å bidra til å skape likeverdige tjenester av god kvalitet.

Variasjon i forbruk av helsetjenester kan være uttrykk for både underbehandling og overbehandling. En kartlegging av variasjon i forbruk er også viktig ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv for å påse at pasientgrupper med liten effekt av en behandling eller inngrep ikke utsettes for unødvendig risiko. Samtidig vil variasjon som skyldes underdiagnostikk og underbehandling innebære et dårligere behandlingsresultat eller funksjonsnivå enn hva man ellers kunne oppnådd.

Ved veldefinerte sykdommer og tilstander der det foreligger godt dokumenterte effektive behandlingsmåter, bør variasjon i forbruk være liten når det korrigeres for sykkelighet i befolkningen. Ved mindre veldefinerte sykdommer og tilstander og/eller der kunnskapsgrunnlaget for ulike behandlingsmåter er svakere, vil trolig variasjonen være større. Påvist variasjon må være gjenstand for en konkret vurdering før man kan si noe om dette er akseptabelt eller ikke. For å vurdere over- eller underforbruk av en tjeneste, er det nødvendig med forskningsbaserte faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere som sier noe om hvilken diagnostikk, behandling eller omsorg som skal ytes for hvilke indikasjoner. Dette er faglige spørsmål som fordrer involvering av fagmiljø, forskning på og kunnskap om sammenhengen mellom forbruk, kvalitet og pasientsikkerhet.

8.2 Komiteens merknader

Komiteen har merket seg Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Helse Nord RHF, sin norske versjon av Helseatlasets, som ble lansert i 2015, om variasjon innen bruk av dagkirurgi og barnehelse for utvalgte diagnosegrupper. Også andre statistikker, som Samdata-rapportene for spesialisthelsetjenesten og samhandlingsstatistikken fra Helsedirektoratet, belyser variasjon i bruk av helsetjenester. Helseatlasets viser at det er tydelig geografisk variasjon i forbruk på diagnosenivå. Komiteen vil understreke at variasjon kan være uttrykk for uheldig overbehandling, men også underbehandling. Komiteen erkjenner at overbehandling er et mye diskutert fagtema internasjonalt, og at finansieringsordninger blir sett i sammenheng med mulig overbehandling av pasienter. Komiteen registrerer at Helseatlas-rapporten påpeker som hovedårsak til at forbruket av helsetjenester varierer mellom landsdeler, er variasjon i praksis mellom fagfolk. Når det

gjelder forbruk av helsetjenester til barn i kommunehelsetjenesten, vil komiteen fremheve at 17 pst. er legevaktkonsultasjoner. Det viser viktigheten av en sterk legevaktjeneste i Norge. Komiteen registrerer at det er et høyt forbruk av legevaktkonsultasjoner for barn, og komiteen er opptatt av at fastlege og helsestasjon og skolehelsetjeneste bør være den primære kontakten for barn og unge. Det vises i rapporten også til at krav fra barnehage og skole om legeundersøkelser kan bidra til det høye forbruket.

9. Departementets oppsummering

9.1 Sammendrag

Departementet bemerker at det fortsatt er gjennomgående utfordringer knyttet til kommunikasjon, samhandling, kompetanse, læring og ledelse. Det er en kjensgjerning at mange av disse utfordringene fordrer systematisk innsats over tid. Meldingen peker på hva regjeringen mener må være retningsgivende i det videre arbeidet for å fremme økt kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenestene.

For det første må pasientens helsetjeneste utvikles videre. I tiden framover er det viktig at pasienter og brukere medvirker i eget behandlingsløp og deltar i utforming og utvikling av tjenestene. Pasienten skal møtes og delta som en likeverdig part. Ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten må anerkjenne at pasienten og brukeren er ekspert på egen sykdom og eget liv og at deres stemme er viktig i utforming av behandlingstilbud og kvalitet i tjenestene.

For det andre må kunnskapen tas aktivt i bruk i fagmiljøene, av ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. Vi har mange kunnskapskilder med store mengder data, statistikk og analyse om helse- og omsorgstjenestene, og datatilgangen og kunnskapen har økt betydelig de siste årene.

For det tredje er det behov for en mer kvalitetsorientert ledelse. Ledere på øverste nivå i helseforetak og kommuner må etterspørre resultater på kvalitet og risikoområder og ta et større ansvar for å utvikle kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Ledere på ulike nivå må ta i bruk kunnskap om kvalitet og risiko innenfor sitt ansvarsområde i utvikling og forbedring av tjenesten. Dette innebærer ansvar for å utvikle en kultur for faglighet, kompetanse og kvalitet. Ledere må også sørge for at organisasjonen tar i bruk systemer som skal bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det må utvikles en sikkerhetsfokuseret og lærende kultur i hele helse- og omsorgstjenesten.

Sammenfattet har helse- og omsorgstjenesten ansvar for å gi forsvarlige tjenester og for å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Selv om den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten er ulike i tjeneste-

innhold, organisering og finansiering, er det den samme pasienten som mottar helse- og omsorgshjelp og den enkeltes helse som er avhengig av innsatsen.

9.2 Komiteens merknader

Komiteen viser til at Helsedirektoratets 5-årige pasientsikkerhetsprogram «I trygge hender» nå omhandler 16 konkrete risikoområder, blant annet: riktig legemiddelbruk i sykehjem og hjemmetjeneste, forebygging av fall i institusjoner, forebygging av urinveisinfeksjoner og andre infeksjoner, forebygging av selvmord og overdosedødsfall, samstemning av legemiddellister, tidlig oppdagelse av forverret tilstand, behandling av hjerneslag, forebygging av trykksår, tidlig oppdagelse av sepsis (blodforgiftning), trygg kirurgi og ledelse av pasientsikkerhet. Komiteen mener det er viktig med konkrete tiltak i pasientsikkerhetsarbeidet, særlig rettet mot risikoområder. Komiteen ber regjeringen arbeide for at pasientsikkerhetsprogrammet videreføres på egnet måte når programmet går ut i 2018, og at tiltakspakkene spres og blir implementert i tjenestene. Komiteen mener det er stort behov for å øke innsatsen ut mot kommunene, og at pasientsikkerhetsprogrammet må ha mål om å omfatte kommunehelsetjenesten i alle kommuner.

Komiteens medlemmer fra Høyre og Fremskrittspartiet viser til at Pasientsikkerhetsprogrammet har som målsetting at minst 75 pst. av kommunene skal jobbe med minst ett innsatsom-

råde innen utgangen av 2018. Dette målet er fastsatt av styringsgruppen for programmet og nedfelt i strategidokumentet som gjelder ut programperioden.

Komiteen slutter seg til departementets oppsummering når det gjelder å styrke arbeidet for at pasient og brukere kan medvirke i eget behandlingsløp og delta i utforming av tjenestene, at kunnskap aktivt må tas i bruk i fagmiljøene og at det er behov for en mer kvalitetsorientert ledelse.

Komiteen mener at pasient- og brukerombudet ivaretar en betydningsfull samfunnsoppgave, og at det er viktig at ombudene blir godt kjent i befolkningen. Komiteen viser til følgende komitémerknad i helse- og omsorgskomiteens innstilling til statsbudsjettet for 2017, jf. Innst. 11 S (2016–2017):

«Komiteen viser til Oslo kommunes praksis med å gjøre mottakere av helse- og omsorgstjenester kjent med pasient- og brukerombudet gjennom å henvise til ombudet nederst på alle vedtaksbrev og oppfordrer andre kommuner til å gjøre det samme.»

10. Komiteens tilråding

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

vedtak:

Meld. St. 13 (2016–2017) – Kvalitet og pasientsikkerhet 2015 – vedlegges protokollen.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 28. mars 2017

Kari Kjønaas Kjos

leder

Kjersti Toppe

ordfører