

Notat

Til:

Helse og omsorgsdepartementet

Frå:

Helse Førde HF

Dato: 16.08.2023

Arkivref: 2023/2987 - 33723/2023

Uttale høyring – Varselutvalet sin rapport , frå seksjonsleiar kvalitet og pasienttryggleik

Viser til høyring om Varselutvalget sin rapport «Fra varsel til læring og forbedring» med høyringsfrist 31.08.23.

Generelle innspel til høyringa:

Formålet med meldeordninga

Varselutvalet peikar på at ordninga i si noverande form ikkje fungerer etter formålet, og ynskjer ei ordning som i større grad bidreg til betre kvalitet og pasient- brukartryggleik og læring i heile helse og omsorgstenesta. Formålet støttast på generelt grunnlag . Ved å endre meldeordninga forventast det at det skal skje større grad av læring, førebygging og implementering på tvers i helse og omsorgstenesta. Det er mogleg, men i så fall må dei største endringane skje lokalt i tenesta og evna til å formidle dette vidare til resten av tenesta. UKOM si rolle er nettopp det at tema/hendingar vert arbeida med for å oppnå læring og forbetring på tvers. UKOM har eksistert i kort tid, og det synest ikkje rett å avvikle det i si noverande form og formål, før vi ser effektane av arbeidet dei gjere. Dei har tatt tak i viktige områder, og sett på område som har gått på tvers av helsetenesta, samt tatt tak i område/tema til grupper som i liten grad vert fanga opp gjennom varselordninga, til dømes eldre, personar med utviklingshemming, rus og psykiatri.

Betre samla ressursutnytting

Dagens ordning med at melding først går til Helsetilsynet, for så å bli sendt til Statsforvaltar, og kanskje i neste runde komme attende til sjukehuset/føretaket med melding om at ein skal gjennomgå hendinga sjølv ,er ikkje hensiktsmessig. Utvalet foreslår at verksemda sjølv i hovudsak skal ta ansvaret for å gjennomgå dei alvorlege hendingane. Utifrå eit forbetring- og læringsperspektiv er det ein god tanke. Utvilsamt vil det krevje meir ressursbruk lokalt i sjukehus/føretak enn det som er i dag. Utvalet meiner at dagens ordning er medverkande til ein pressa ressursituasjon hos Helsetilsyn, Statsforvaltar og UKOM, men nemner ikkje utfordringane helseføretaka og kommunale tenester står overfor når det gjeld slike ressursar.

Det kan og vere ein risiko for at klinikken melder færre saker (og særleg dei som er i gråsona og det alt er diskusjon om burde meldast) på grunn av ressursbruken i arbeidet med gjennomgang. Det vil uansett krevje at det vert arbeid målretta med meldekultur, samt at saksbehandling av hendingane vert overkommeleg, samstundes som det vert gode læring – og forbetningsområde.

[Verksemda sitt ansvar og tilsynsmynde si rolle](#)

Varselutvalet legg stor vekt på at Statsforvaltar si rolle skal endrast frå tilsyn til rettleiing. Statsforvaltar skal motta ein rapport frå verksemda vedrørende hendinga. Dette kan bli opplevd som at Statsforvaltar har ei dobbeltrolle. Ei endring av meldeordninga vil ikkje ta bort behovet for noko utføring av mynde og tilsyn, og då vil det vere uheldig at same instans skal handtere varslar meint for læring og forbetring. Det er nødvendig med ei tydeleg og lovregulert rolleavklaring for å skape avklarande forventningar til tenesta og brukarar, slik at varselordninga får legitimitet. Kunnskapsproduksjon, mynde og tilsyn bør framleis vere skild, men meir tydeleg ansvarsavklaring. Utvalet sitt forslag til endring utelukkar ikkje at eigengranskingsrapporten kan danne grunnlag for reaksjonar mot verksemda.

[Kunne melde alvorlege hendingar utan risiko for sanksjonar for helsepersonell](#)

Det er viktig og flott at det vert poengtert, og er viktig for å sikre ein god meldekultur på både alvorlege hendingar, men og på mindre alvorlege, eller potensielle hendingar.

Det vil likevel vere slik at tilsynsmynde skal kunne vedta administrative reaksjonar overfor verksemdar og helsepersonell som yter helse og omsorgstenester.. Formålet med slike reaksjonar er å sette verksemda eller helsepersonell i stand til å justere praksis. Helsepersonell kan oppleve dette som ei sanksjonerande rolle, og påverkar grad av openhet overfor myndigheter.

I forslaget til utvalet kan det virke som at tilsynmyndighet skal legge til side si primær oppgåve som er tilsyn og kontroll. Kan eit tilsyn sjå vekk frå opplysningar dei får i eit varsel, og aktivt la vere å følge opp helsepersonell der det er grunn til å stille spørsmål ved det fagleg forsvarlege? Vil det medføre lengre tid for å avdekke og sette ei stopp for åtføring og fagleg svikt hos helsepersonell, som over ei lang tid kan ha vore ei fare for pasienttryggleiken.

Mange alvorlege hendingar skjer ikkje på grunn uforsvarleg utføring, men handlar om samanfall av svake punkt i system, som bør undersøkjast for læring og forbetring, lokalt og nasjonalt. Slike hendingar bør fangast opp av eit uavhengig og sanksjonsfritt system for læring og forbetring. Dei alvorlege hendingane som handlar om uforsvarleg drift og handling, bør fangast opp av eit tilsynsmynde.

[Kopling mellom tilsynsmynde og Helsedirektoratet.](#)

Støttar forslaget om ei styrka linje mellom tilsynsmynde og Helsedirektoratet, slik at forbetningsarbeid etter alvorlege hendingar systematisk inngår i arbeidet med å revidere faglege råd og rettleiarar. Dette er viktig for å kunne raskare implementere endringar på tvers av helse- og omsorgstenesta, både nasjonalt og lokalt.

Merknadar til utvalet sine ni anbefalingar.

Nr 1: Det er behov for en varselordning for alvorlige hendelser som omfatter hele helse- og omsorgstenesten. Begrepet «varselordning» endres til «Meldeordning»

- Støttar ei varselordning som gjeld for heile helse- og omsorgstenesta.
- Endring til namnet «Meldeordning» er betre enn begrepet varsel. Skal ordninga oppfattast som sanksjonsfri og med det formålet utvalet har lagt fram, burde kanskje namnet ha vore endra meir. Eit døme kan vere «Nasjonalt læringsssystem for alvorlege hendingar». Ei slik ordning vil krevje to skilde system, eit for læring og forbetring og eit tilsynssystem som sikrar at verksemder og helsepersonell yte forsvarleg helsehjelp etter lovverk og retningslinjer.

Nr 2: Virksomhetens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge alvorlige hendelser må tydeliggjøres og understøttes i meldeordningen for alvorlige hendelser.

- I læring og forbetningsperspektiv er dette bra, og heng saman med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstenesten. Omlegginga er erfaringsvis alt i gang, jmf oversendingar av saker frå Statsforvaltar for eigen gjennomgang av hendinga i føretaket.
- Viser til tidlegare kommentar kring ressursbruk. Det er ein risiko for at auka ressursinnsats lokalt hevar terskelen for å melde /følgje opp/undersøke ei alvorleg hending. Det kan og vere ein konsekvens at organisasjonen ikkje klarer i tilstrekkeleg grad å gå inn i enkelthendingar når alle slike hendingar skal følgjast opp, og Statsforvaltar skal «kvalitetsikre» eigenrapportane frå verksemda. Risiko for at det vert meir ei rapporteringsplikt, enn ein open læringsprosess.
- Statsforvaltar skal støtte verksemda og rettleie på om hendinga er meldepliktig og på verksemda sin gjennomgang av hendinga. Det bør vere eit mål at varsels-/meldekriteria er så tydeleg at det vert ei felles oppfatning av kva som skal meldast, og at behovet for rettleiing her vert lite. Risiko er då at Statsforvaltar får ei rolle å sile gjennom aktuelle saker som skal meldast, og det vil vere uheldig både for Statsforvaltar som funksjon, men og for å kunne oppnå læring på tvers innanfor alle område og nivå.

Nr 3: «Nesten- alvorlige hendelse» inkluderes i Meldeordningen for alvorlige hendelser.

- Støtter dette. Viktig å igjen poengtere at ein må skilje mellom læring og tilsyn, slik at dette vert opplevd trygt og meningsfullt for meldar å melde
- Veldig mykje læring som ligg i slike «nesten-hendingar»
- Begrep og forståing for nesten alvorlege hendingar må avklarast
- Må knytast opp mot plan om eit nasjonalt register
- Støttar å ikkje bruke begrepet «pårekeleg risiko», men må finne noko som er avklarande og dekkande, saman med tydelege meldekriterier

Nr 4: Meldeordningen for alvorlige hendelser i i helse- og omsorgstenjenesten må utformes med sikte på hensiktsmessig ressursbruk i det samlede systemet.

- Viser til tidlegare kommentar til ressursbruk

- Det må i større grad tydeleggjerast ansvarlinjer frå tilsynsmynde til lokale verksemder
- Statens helsetilsyn skal rettleie Statsforvalter, som skal rettleie verksemdene. Her må ressursane brukast på å utarbeide tydelige kriteriar og føringar.
- Å kombinere tilsyn og læring i same organ vil vere vanskelig å få til å fungere.
- At enkelthendingar vert følgd opp lokalt er bra, men det må framleis vere ei ordning som sikrar at nasjonale undersøkingar av årsakar (bakanforliggande) og rammer vert gjort. Dagens ordning med UKOM bør ikkje avviklast no, men bør få ei rolle inn i den nye meldeordninga som uavhengig og heilt sanksjonsfri.

Nr 5: Pasienter, brukere og pårørendes sin stilling etter alvorlige hendelser styrkes

- Støtter det framlegget heilt
- Har god erfaring med pårørande med i arbeidet av gjennomgang av hendingar
- Det må vere høve for pasient, brukarar og pårørande å melde inn saker. Ei slik ordning krev og at der er ei tilbakemelding. Utan tilbakemelding vil tilliten til systemet svekkast, og meldkultur vert dårlegare.
- Varselutvalet opner her for både å melde hendingar for læring, men og kunne melde om enkeltpersonell som dei meiner må følgjast opp. Dette blir ein krevande øvelse, og krev tydelege og informative rettleiarar på korleis gå fram i slike saker. Dette vil igjen gje ein kombinasjon av ei meldeordning med formål læring og forbetring som er tett forbunde med ei ordning som har meir preg av mynde og tilsyn.
- Forslag om å endre tidsfrist om møte med pasient/pårørande etter ei alvorleg hending til «Snarast mulig og senest innen fem virkedager». Ei slik endring kan vere bra, men det set større krav til fleksibilitet i organisasjonen, og ressursmessig kan det vere utfordrande. Erfaringa er at slike samtalar har blitt gjennomført godt innanfor frist på 10 dagar pr i dag.

Nr.6: Etablere et nasjonalt register for alvorlige hendelser og nesten-alvorlige hendelser.

- Dette forslaget støttast fullt ut
- Må byggast etter NOKU strukturen.
- Meldeordninga må sikre ein struktur og gjenbruk av data/informasjon i meldingar som automatisk registrer informasjon til registeret når sak vert meld. Det må ikkje bli eit system som krev dobbeltregistrering av data, og med opplevd som meirarbeid.
- Tilgang til data frå registeret må sjølvstøtt vere tilgjengeleg for eninga som skal identifisere område for læring og forbetring på nasjonalt nivå
- Eit slikt register må og kunne framskaffe data om tryggleiksutfordringar som bør kartleggast vidare nasjonalt
- Registeret bør vere tilgjengeleg for forbetningsarbeid i føretak og andre helsetenester etter behov, og ikkje låst til ferdig rapportar som vert offentleggjort ein gong pr år

Nr 7: Statsforvalter får en tydeligere veiledningsrolle overfor virksomhetene

- Viser til tidlegare kommentarar vedrørande rolla til Statsforvaltar
Kontrollfunksjonen til Statsforvaltar vil kunne vere hemmande for den lokale læringa dersom Statsforvalter blant anna skal «*vurdere nærmare undersøkelser*»
Den tette samankoblinga mellom tilsynsmynde og varselordning er uheldig for læring og forbetring. Statsforvaltar får ei krevjande oppgåve å sjonglere den nye funksjonen som er foreslått, med oppgåva kontroll og tilsyn.

Nr. 8: Tydeliggjøre at Meldeordningen for alvorlige hendelser også skal omfatte overganger i pasientforløp og der flere uønskede hendelser til sammen gjør en alvorlig hendelse

- Dette er veldig bra, og er etterlyst ordning for.
- Kan bli svært ressurskrevjande med omsyn til både tid og kapasitet, å gjennomføre gjennomgang av hendinga. Utvalet legg opp til at den som oppdagar hendinga blir pålagt meldeplikt. Rapporten er ikkje tydeleg på kven som skal ta leiinga i arbeidet med oppfølging av hendinga, dersom ikkje det ligg i meldeplikta. Noko av dette kan sjølvstakt avtalast i samhandlingsavtalar. Risiko er at arbeidsmengd her vil påverke negativt det å melde saker, og at det dermed går uføresett lang tid før saka er meld, med ein potensiell forlenga pasienttryggleiksutfordring.
- Sektorovergripande undersøkingar bør framleis skje på eit nasjonalt nivå

Nr. 9: Det må legges til rette for betre melde- og forbedringskultur i hele helse-og omsorgstjensten.

- Forbetringskompetanse, metode og tankesett må vere del av utdanning, praksis/trening og i det daglege virke til kvar einskild helsearbeidar.
- Pålegg om forbetringsarbeid og heving av forbetringskompetanse som i stor grad har blitt stilt til spesialisthelsetenesta (pasientsikkerhetskampanje, og seinare – programmet) må påleggast heile helse og omsorgstenesta
- Nasjonalt må det satsast på å breidde forbetringskompetanse i alle sektorarar, samt ein strategi for rettleiing av slikt arbeid til Statsforvalter, leiarar og stab i alle helse og omsorgstenester.
- Verktøy og læringsmateriell må vere tilgjengeleg på både nasjonale og lokale nettsider, og det må vere gjennomgåande likt slikt at det er lett å kjenne att for helsepersonell og støttefunksjonar uansett kva sektor ein arbeider i
- Ein god meldekultur krev at melder opplever tilbakemelding og at det faktisk førte til noko endring/forbetring mm. Det set store krav til ei nasjonal meldeordning som opnar for at ikkje berre organisasjonar kan melde, men og pasient/brukarar og pårørande/befolkning, at det vert eit tilbakemelding. Kunnskapsoppsummeringar, rapportar og informasjon om kva som vert arbeid med, må vere del av ein aktiv kommunikasjonsstrategi.
- Læring og sanksjon kan ikkje vere i same funksjon, det fremmar ikkje meldekultur

