

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:
Vår ref.: 23/16102-13
Saksbehandler: Kari Annette Os
Dato: 31.08.2023

Høringsinnspill fra Helsedirektoratet på varselutvalgets rapport "Fra varsel til læring og forbedring"

Helsedirektoratet takker for muligheten for å gi innspill i høringen av varselutvalgets rapport "Fra varsel til læring og forbedring". Det er gitt innspill fra relevante divisjoner og avdelinger i direktoratet og de samlede innspill er behandlet i helsedirektørens ledergruppe.

Oppsummert

Helsedirektoratet støtter i hovedsak utvalgets beskrivelse av dagens situasjon og de utfordringer som løftes i rapporten. Direktoratet mener det er behov for endringer dersom systemet knyttet til håndtering av varsler skal fungere på en god måte inn i det totale systemet for å forebygge, avdekke og avverge uheldige hendelser og ikke minst for at reell læring skal skje. Dagens system fungerer ikke ideelt, og dette påvirker muligheten for å sikre effekt helt ut av læringen som bør komme fra varslene som meldes inn i dagens ordning.

Helsedirektoratet deler oppfatningen om at meldekultur og åpenhet om uønskede hendelser og pasientskader bør forbedres i hele helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet stiller seg i hovedsak bak anbefalingene gitt utvalgets mandat. Særlig støttes behovet for å systematisere oppfølging og læring av alvorlige og uønskede hendelser og sørge for at læringen spres i og på tvers av virksomheter.

Direktoratet har noen forbehold og kommentarer knyttet til foreslåtte tiltak og mener det er viktig å gjøre noen ytterligere vurderinger før tiltakene eventuelt iverksettes.

Forbehold og kommentarer

Helsedirektoratet er enig i at det er behov for å styrke statsforvalters funksjon og rolle inn i læring og forbedring. Samtidig savnes en beskrivelse og vurdering av hvilken betydning aktører som kan betegnes som kompetansemiljøer og kompetansesentre har for å sikre læring og forbedring. Dette er aktører som er av stor betydning for å støtte opp under virksomhetens arbeid og kan bidra til å sikre læring og forbedring i etterkant av at meldinger er meldt inn og behandlet.

På generelt grunnlag vil vi også vise til at rapporten kun løfter utfordringer knyttet til en del av systemet, og at de store utfordringene knyttet til å sikre en god pasient- og brukersikkerhetskultur samt systematisk og effektiv læring ikke vil løses av disse tiltakene alene.

Helsedirektoratet

Avdeling kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Kari Annette Os

Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO • Besøksadresse: Vitaminveien 4, Oslo • Tlf.: (+47) 47 47 20 20

Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

Nærmere om de ulike kapitlene

Utvalgets sammensetning mandat og arbeid (kap. 2)

I kapitlet gis en oversikt over sammensetning, mandat, begrepsforståelser og avgrensninger. Rapporten ser ut til å være basert på et godt kunnskapsgrunnlag. Utvalget har en bred helsefaglig representasjon også med deltagelse av erfaring fra et annet land. Bredden kunne vært styrket ytterligere med kompetanse og erfaring fra tilsvarende arbeid innen andre bransjer, som for eksempel skipsfart eller luftfart, der en har lyktes med å etablere varselordninger som har bidratt til å redusere alvorlige hendelser. Beskrivelsen av arbeidet som ble presentert av Helsedirektoratet knyttet til direktoratets arbeid med pasientsikkerhetskultur, kan kanskje presiseres noe da det er litt upresist i rapporten. Prosjektet som beskrives i rapporten handler om utvikling av faglige råd for ivaretagelse etter uønskede hendelser. Arbeidet med å styrke pasientsikkerhetskulturen er en større satsning i direktoratet som blant annet omhandler psykologisk trygghet som en forutsetning for åpenhet og en god meldekultur, utvikling av kulturkompetanse mm. Dette er noe underkommunisert i rapporten.

Begrepet "nesten-alvorlig hendelse" kan forstås som "en hendelse som ikke er alvorlig". En slik tvetydighet bør unngås.

Overblikk og historisk tilbakeblikk (kap. 3)

I dette kapitlet gis et overblikk over forekomst av hendelser og det gjøres et historisk tilbakeblikk på tidligere ordninger, evalueringer og anbefalinger. Helsedirektoratet savner en tydeligere refleksjon fra utvalget om årsak til at de ulike ordningene ikke har lyktes og av det en tydeligere drøfting av hva ved utvalgets foreslåtte løsning skulle gi større mulighet for å oppnå læring og forbedring enn de tidligere løsningene.

Fremstilling av det samlede systemet (kapt. 4)

I dette kapitlet fremstilles utvalgets forståelse for det samlede systemet for å forebygge, avdekke og avverge uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet mener dette er en gjenkjennelig beskrivelse, men ønsker likevel å komme med noen innspill. Som det vises til i rapporten er det utfordrende å beskrive hva som ligger innenfor rammene av det totale systemet for å forebygge, avdekke og avverge uønskede hendelser. Det vi savner er en beskrivelse av aktører som kan betegnes som kompetansemiljøer og kompetansesentre og deres betydning for å sikre læring og forbedring. Dette er en aktørgruppe som både spiller en faglig og rådgivende rolle inn mot nasjonale aktører, og som bidrar med støtte og faglige råd inn mot virksomheter på alle nivåer og tjenesteområder. Eksempler på dette er Senter for omsorgsforskning, NOKLUS og Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) med flere. Det kan også være relevant å vurdere hvilken betydning den pågående omorganisering av overordnede myndighetsorganer får. Som følge av gjennomgangen av Helseforvaltningen vil roller og ansvar bli noe endret med tanke på å skape et skarpere organisatorisk skille mellom helseforvaltningens kjerneoppgaver – myndighetsutøvelse, tilsyn og kunnskapsproduksjon. Helsedirektoratet rendyrkes for eksempel som en utvidet og mer helhetlig myndighetsetat med «følge-med funksjoner» og rådgivningsfunksjoner innen hele helse- og omsorgstjenesten. Det bør vurderes om dette kan være av betydning for noen av de foreslåtte tiltakene og det samlede systemet for å forebygge, avdekke og avverge uønskede hendelser.

Oversikt over rettslige reguleringer av varselsordningen (kap. 5)

I dette kapitlet gis det en oversikt over den rettslige reguleringen av varselsordningen til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommissjon. Forslaget innebærer en samling av varselsordningene til Helsetilsynet og Undersøkelseskommissjonen i en felles meldeordning til Statsforvalteren/Helsetilsynet. Meldeordningen er foreslått sanksjonsfri da det anses å være en forutsetning for sikre at det er trygt å melde for det enkelte personell.

Vi ser at utvalgets forslag til endring følger utviklingen som har skjedd ved at sanksjonssystemet overfor enkeltpersonell har endret fokus fra kontroll og reaksjon, til læring og kvalitetsforbedring. Det vises i den forbindelse til at reaksjonen "advarsel" nå er erstattet med "faglig pålegg" i gjeldende rett. Også virksomheters ansvar for å følge opp hendelser er tydeliggjort gjennom forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet mener likevel at utvalget i for liten grad har omtalt, problematisert og vurdert hvilke konsekvenser en samordning av tilsynsfunksjonen og en sanksjonsfri meldeordning i samme organ vil kunne få. Det er behov for å avklare nærmere forholdet mellom tilsynsansvar og sanksjonsfrihet. Det forplikter å vite, og det er også et spørsmål om en sanksjonsfri meldeordning vil være til hinder for at tilsynsmyndigheten følger opp kunnskap om alvorlige forhold som kan føre til tap/begrensning av autorisasjon/lisens for enkeltpersonell.

Det kan også stilles spørsmål ved om sanksjonsfrihet i en meldeordning er like avgjørende som tidligere for at det meldes, siden reaksjonene har endret innretning til læring og kvalitetsforbedring. Endringene i sanksjonssystemet har medført at tilsynsmyndigheten nå kan gi faglig pålegg med formål om læring og forbedring, eller i de alvorligste tilfellene vurdere reaksjonene om begrensning eller tap av autorisasjon/lisens.

Varselsordningenes formål og plass i det samlede systemet (kap. 6)

I dette kapitlet gjør utvalget en vurdering av dagens varselsordning, i hvilken grad den fungerer ut fra formålet og hvilket formål den burde ha. Helsedirektoratet har ingen særlige kommentarer til beskrivelse og vurdering.

Utvalgets beskrivelse av den varslets gang (kap. 7)

I dette kapitlet beskrives og vurderes varslets gang gjennom det samlede systemet for læring og forbedring. Helsedirektoratet mener det er et svært viktig kapittel som illustrerer mye av utfordringene som i dag finnes med tanke på å sikre læring av hendelser som meldes. Beskrivelsen viser hvordan dagens system ikke er godt designet for å sikre effekt helt ut og sørge for at læring omsettes til ny praksis.

Helsedirektoratet vil supplere med litt informasjon om hvordan direktoratet i dag jobber med læring og forbedring. Vi har flere roller og funksjoner knyttet til læring og forbedring enn det som kommer frem i rapporten. I tillegg til det som beskrives, bruker Helsedirektoratet informasjonen til å utvikle annet veiledende materiell (ut over normerende produkter) og som kunnskapsgrunnlag inn i utviklingen av større nasjonale satsninger og programmer i regi av Helsedirektoratet.

Direktoratet rådgir i forbindelse med implementering og kvalitetsforbedring og iverksetter nasjonale satsninger relevant for læring som satsning på pasientsikkerhetskultur og kompetanse i kvalitetsforbedring. I tillegg jobbes det opp mot kompetanse hos pasient, bruker og pårørende grupper som er av betydning for at det totale systemet for læring og forbedring skal fungere.

I den skjematiske fremstillingen på side 80 er kvalitetsforbedringsprosessen noe usynlig. Systematisk kvalitetsforbedring er et virkemiddel virksomhetene har for å kunne lukke avvik eller sikre læring etter heldelser og varsling. Denne delen av prosessen er særlig viktig med tanke på for å sikre læring av uheldige hendelser og en stor del av læringsløyfen som skal bidra til å sikre effekt helt ut. Det antas at dette ligger inn under boksen/pilen "tiltak". Dette kunne vært mer eksplisitt nevnt eller behandlet i rapporten.

I forslagene til vilkår for å melde i de ulike lovbestemmelsene har utvalget vurdert at formuleringen etter gjeldende rett om at hendelsen skal være "uventet i forhold til påregnelig risiko" bør erstattes med at meldeplikten gjelder dersom "hendelsen kunne vært unngått". Etter Helsedirektoratets oppfatning vil spørsmål om en hendelse kunne vært unngått, forutsette at hendelsen er vurdert og konkludert. Det bør vurderes i hvilken grad forslaget til endret formulering er forenelig med kravet om at det skal meldes "snarest mulig". Det er også et spørsmål om formuleringen vil omfatte flere hendelser enn formålet med endringen tilsier. Det kan være et alternativ å vurdere om "forventet risiko" kan være en bedre språklig tilpasning som ikke i samme grad endrer innholdet i vilkåret.

Varselsordningen i praksis (kap. 8)

I dette kapittelet gjøres det en vurdering av hvordan varselsordningene fungerer i praksis. Beskrivelsen er god, men Helsedirektoratet har innspill til selve erfaringsinnhenting. Kun 13 kommuner har besvart, og kun en av kommunene svarer at de har erfaring med UKOM. Erfaringsinnhenting fra bruker-, pårørende- og arbeidstakerorganisasjoner fremstår også avgrenset. Et større utvalg kunne gitt et bredere og bedre grunnlag for beskrivelsen av varselordningen i praksis.

Helsedirektoratet gjenkjenner utfordringene som beskrevet i kapittelet. Særlig risiko for lang saksbehandlingstid, ønske om større grad av bistand og støtte i behandling av uønskede hendelser, behovet for nasjonalt register gitt at det innrettes både forskning og kvalitetsarbeid, og behovet for god oppfølging av helsepersonell etter uønskede hendelser.

Kunnskapsinnhenting (kap. 9)

I kapittelet omtales internasjonale tilrådninger og forskning. Utvalget har gjort en grundig jobb med å hente inn kunnskap om varselordninger og -policy i helsetjenester internasjonalt. I lys av ambisjonene om en endret melde-, pasientsikkerhets- og læringskultur kunne det også være hensiktsmessig å hente inn kunnskap og erfaringer fra andre bransjer som langt på vei har lyktes med å etablere gode ordninger og sikkerhetskulturer, og som har resultater å vise til.

Utvalgets vurdering av dagens varselordning (kap. 10)

I dette kapittelet vurderer utvalget dagens varselordning for alvorlige hendelser. Disse vurderingene utgjør utgangspunktet for anbefalinger og forslag til tiltak. Helsedirektoratet kjenner seg igjen i mye av det utvalget skriver om dagens varselordning. Samtidig er det viktig å understreke at utfordringene vi står overfor i dag er komplekst og at eventuelle endringer i varselsordningen ikke alene vil kunne sikre at det samlede systemet for å forebygge, avdekke og avverge uønskede hendelser fungerer. Helsedirektoratet ønsker å påpeke viktigheten av utvikling av en kultur for åpenhet, psykologisk trygghet og god meldekultur er en forutsetning for en velfungerende meldeordning, Robuste læringsløyfer med adekvate strukturer, et godt styringsystem, tilstrekkelig kompetanse og bruk av

simulering for utvikling av trygge prosesser er helt avgjørende i det samlede systemet for at læring av meldinger og varslinger faktisk skal bidra til forbedring. Dette kunne kommet tydeligere frem i rapporten, og er helt sentralt i det videre arbeidet og for å få effekt av tiltakene utvalget foreslår.

Kommentarer til anbefalinger av tiltak (kap.11)

Helsedirektoratet kan i store trekk stille seg bak anbefalingene, men har noen kommentarer og forbehold knyttet til enkelte av de tilhørende tiltakene. Det anbefales at disse vurderes nøye før eventuelle handlinger iverksettes.

Anbefaling 1: Det er behov for en varselordning for alvorlige hendelser som omfatter hele helse- og omsorgstjenesten. Begrepet "Varselordning" endres til "Meldeordning"

Helsedirektoratet støtter endring av begrepet varselordning til meldeordning. Begrepet "meldeordning" samsvarer med portalen for å melde uønskede hendelser (www.melde.no). Meldebegrepet er kjent fra den tidligere meldeordningen til Helsedirektoratet. Formålet med å melde alvorlige hendelser må og skal være å bidra til læring og forbedring i både den enkelte virksomhet og i hele helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet støtter utvalgets vektlegging av behovet for å etablere en kultur for åpenhet og læring, også beskrevet som åpenhetskultur, pasientsikkerhetskultur, meldekultur og forbedringskultur og at avviklingen av sanksjoner er særlig viktig for å oppnå dette.

Psykologisk trygghet innebærer at det er en aksept for å ytre seg, stille spørsmål og gjøre feil. Et arbeidsmiljø preget av psykologisk trygghet er sentralt for å oppnå en kultur med lav terskel for å melde. Begrepet kunne i større grad vært beskrevet i rapporten.

Anbefaling 2: Virksomhetenes ansvar for å forebygge, avdekke og avverge alvorlige hendelser må tydeliggjøres og understøttes i Meldeordningen for alvorlige hendelser

Det er viktig og riktig at vi beholder en systemtilnærming til hendelser og at ansvaret ligger på virksomhetene å ha systemer for å forebygge, avdekke og avverge alvorlige hendelser. Samtidig har virksomheter et behov for og etterspør støtte.

Helsedirektoratet mener derfor at det er viktig å styrke Statsforvalters rolle slik det anbefales i anbefaling nummer 7. I tillegg bør det vurderes hvordan man kan inkludere øvrige kompetansemiljøer- og sentre på en mer effektiv måte i systemet. Dette har Helsedirektoratet også løftet i sin rapport knyttet til et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten.

Utarbeidelse av rapport til statsforvalteren etter gjennomgang av alvorlige hendelser blir foreslått som et tiltak hvor virksomhetene viser at de har utført arbeidet sitt i tråd med regelverk og god praksis. Dette er en type rapport som virksomhetene uansett bør gjennomføre etter alvorlige hendelser da selve prosessen i seg selv er en måte å bearbeide og lære fra hendelsen.

Anbefaling 3: "Nesten-alvorlige hendelser" inkluderes i Meldeordningen for alvorlige Hendelser

Helsedirektoratet støtter en tydeliggjøring av begrepene "uønsket hendelse", "nestenalvorlig hendelse" og "nesten hendelse". Det vises for øvrig til kommentar over om begrepet "nesten-alvorlig-hendelse". Det støttes at det som her betegnes som nesten-alvorlige hendelser igjen inkluderes i ordningen. Det foreslås at nesten-alvorlige hendelser skal meldes på samme måte som alvorlige hendelser. Dette støttes da dette er det verdifulle kilde til læring, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Ved å også sette søkelys på disse legges det også til rette for en trygg meldekultur for medarbeidere. Videre er forslaget at det ikke skal være behov for innsending av rapport fra virksomhetene til statsforvalter ved nesten-alvorlige hendelser, som ved alvorlige hendelser. Helsedirektoratet anerkjenner at det kan bli utfordrende for Statsforvalter dersom de også skal motta slike rapporter. Samtidig kan slike hendelser være symptom på noe underliggende og et varsel om en hendelse som kan inntreffe. Dette er det nyttig for statsforvaltere å vite om. Helsedirektoratet anbefaler derfor at Statsforvalter også skal være mottaker av disse rapportene, men uten forpliktelse til å iverksette tiltak tilsvarende som ved alvorlige hendelser. Helsedirektoratet støtter at begrepet "det kunne vært unngått" erstatter begrepet "påregnelig risiko".

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

Det foreslås her en samorganisering av statens helsetilsyn (Helsetilsynet) og statens undersøkelseskommissjon (UKOM). Helsedirektoratet ønsker å understreke at det ved en slik eventuell organisatorisk endring, er svært viktig å sikre at ikke saksmengden i Helsetilsynet fører til at ressurser og kompetanse i UKOM blir fjernet fra de mer dyptgående undersøkelsen. Konsekvensene ved sammenslåing knyttet til spenningsfeltet mellom sanksjonsfrihet og tilsyn må tydeliggjøres og vurderes før tiltaket vurderes iverksatt. Helsedirektoratet støtter forslaget om at det bør tydeliggjøres hvordan rapporter og informasjon fra Helsetilsynet skal anvendes ute i tjenesten. I sammendraget til rapporten, avsnitt 1.1.9, foreslås det at linjen mellom tilsynsmyndigheten og Helsedirektoratet styrkes for å sikre at forbedringsarbeid etter alvorlige hendelser systematisk inngår i arbeidet med å revidere faglige råd og anbefalinger. Helsedirektoratet støtter at konklusjoner fra andre myndigheter systematisk bør inngå som del av beslutningsgrunnlag ved prioritering av hvilke normerende produkter som skal lages eller revideres. Det bør utarbeides klare nasjonale føringer for hvordan læring etter alvorlige hendelser skal formidles til helsetjenesten, og hvordan disse skal sees i sammenheng med blant annet Helsedirektoratets normerende produkter. Helsedirektoratet ønsker her å gjøre oppmerksom på at det etter gjennomgang av helseforvaltningen skal gjøres endringer som samler fagmiljøer for bedre utnyttelse av ressurser og fagkompetanse og gir et skarpere organisatorisk skille mellom helseforvaltningens kjerneoppgaver – myndighetsutøvelse, tilsyn og kunnskapsproduksjon. Helsedirektoratet rendyrkes som en utvidet og mer helhetlig myndighetsetat med «følgemed funksjoner» og rådgivningsfunksjoner innen hele helse- og omsorgstjenesten. Tiltaket innebærer en samling av myndighetsfunksjoner,

gjennomføringsfunksjoner og ansvar for registeranalyser og statistikk innen helse- og omsorgstjeneste. Regelverksfortolkning og formelle myndighetsoppgaver vil samles i HelseDirektoratet. Helsetilsynet viderefører sitt ansvar innenfor tilsyn. Utvalgets forslag om å etablere Helsetilsynet til et nasjonalt kompetansemiljø på alvorlige hendelser må sees i lys av disse organisatoriske og funksjonsmessige endringene. Forslaget kan potensielt stå i motsetning til ønsket om å rendyrke HelseDirektoratets følge med ansvar og rådgivningsansvar for hele helse- og omsorgstjenesten. Dette bør vurderes nøye før eventuelle endringer gjennomføres. Det er også viktig å gjøre en vurdering av hvilken rolle og funksjon øvrige kompetansemiljøer og kompetansesenteret knyttet til læring og forbedring skal spille i et nytt system.

Anbefaling 5: pasienter, brukere og pårørendes stilling etter alvorlige hendelser styrkes

HelseDirektoratet opplever problemstillingen og tilhørende egnet løsning på dette området fremstilles noe uklart. HelseDirektoratet er av den oppfatningen at problemstillingen på dette området primært handler om de mange veiene som finnes for å kunne melde for pasient, bruker og pårørende. Med det som utgangspunkt, vil et forslag til løsning like gjerne være å jobbe mot en enhetlig og enklere vei inn. En slik løsning vil innebære en vurdering av hvor ansvaret for en enhetlig "portal" eller tilsvarende bør ligge. Det foreslås en egen regel om rett for pasienter og brukere til å kunne benytte meldeordningen og at de skal kunne melde direkte til Statsforvalter. Det er en videreføring av retten til å varsle etter ordningen vi har i dag. Med innføring av en sanksjonsfri meldeordning til tilsynsmyndigheten er det her grunn til å stille spørsmål ved om denne retten i praksis kan virke begrensende på pasienter og brukeres rettigheter. Dette fordi det foreslås innført vilkår for å melde, og det finnes parallelle rettigheter i klageadgangen pasienter og brukere allerede har. I og med at både klager og meldinger skal gå til statsforvalter blir spørsmålet om det er behov for en egen bestemmelse om melding. I så fall bør det vurderes om det finnes alternative løsninger som bidrar til et enkelt og oversiktlig system. Hvis det skal være en lovbestemmelse om rett til å melde, er det et spørsmål om adressat for meldingen burde være virksomheten. Det vil være mer i tråd med hvordan systemet for meldinger er foreslått og ønske om mer oppmerksomhet på virksomhetens ansvar.

Anbefaling 6: Etablering av nasjonalt register for alvorlige hendelser og neste-alvorlige Hendelser

HelseDirektoratet støtter etablering av et slikt register, men understreker at formålet med et slikt registeret også må være kvalitetsforbedring og forskning. Et nasjonalt register over hendelser og nesten-hendelser er et svært viktig verktøy for å kunne få felles lærings samt utvikle og prioritere de riktige tiltakene for å forebygge og forhindre pasientskader. HelseDirektoratet ønsker samtidig å understreke at det må settes av tilstrekkelig ressurser til det systematiske arbeidet knyttet til et slikt register. Det bør også vurderes å legge inn automatisering i planlegging av registrert. Rapportering bør kunne gjøres ved å hente meldinger direkte fra virksomhetenes egne avvikssystemer. Det må videre avklare eventuelle overlapp med bivirkningsregistrert som i dag forvaltes av Statens legemiddelverk.

Anbefaling 7: Statsforvalteren får en tydeligere veiledningsrolle overfor virksomhetene

Helsedirektoratet støtter dette forslaget. Statsforvalteren spiller en svært viktig rolle knyttet til å sikre læring og forbedring. Imidlertid er det er stor forskjell på embetene med hensyn til ressurser, kompetanse og kapasitet. Dersom mer ansvar skal legges på Statsforvalteren, må embetene settes ressursmessig i stand til å kunne ivareta ansvaret. Vi ønsker samtidig å understreke betydningen av øvrige aktører som kompetansemiljøer og kompetansesentre. Det etterlyses tiltak som kan bidra til å i større grad ta i bruk disse i prosessen for å sikre læring og forbedring.

Anbefaling 8: Tydeliggjøre at Meldeordningen for alvorlige hendelser også omfatter overganger i pasientforløp og der flere uønskede hendelser til sammen utgjør en alvorlig hendelse

Det bør være en selvfølge at alvorlige hendelser i overgangene også skal være omfattet av en meldeordning. Dersom dette ikke har vært kommunisert godt nok i dag, må det tas nødvendige grep.

Anbefaling 9: Det må legges til rette for bedre melde- og forbedringskultur i hele helse- og Omsorgstjenesten

Helsedirektoratet mener dette er svært viktig, og kanskje det viktigste tiltaket som utvalget foreslår. Det er samtidig et område hvor det kan ta tid fra tiltak iverksettes, til man ser resultater i form av kulturendring. Det er derfor et område der tiltakene må være langsiktige, ha god forankring og støtte, samt tilstrekkelig ressurser. Helsedirektoratet viser her til nasjonale satsninger og tiltak knyttet til pasientsikkerhetskultur.

Tiltak oppsummert og skjematisk fremstilling av ny meldeordning (kap. 12-13)

I kapittel 12 gis en oppsummering av anbefalinger og tiltak. Forslag til lovendringer som vil være nødvendig dersom utvalgets foreslåtte organisering kan iverksettes, presenteres. I kapittel 13 presenteres eventuelle økonomiske og administrative konsekvenser.

Helsedirektoratets innspill til anbefalinger og tiltak er presentert over.

I fremstilling av et nytt system savner Helsedirektoratet en tydeliggjøring av helsepersonell sin rett til å melde anonymt

Vennlig hilsen
e.f.

Kari Annette Os
Fungerende avdelingsdirektør
Avdeling kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
Helsedirektoratet