

Helse Sør-Øst RHF
PB 404
2303 HAMAR

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.:	Vår ref.:	Saksbehandler:	Telefon:	Dato:
	10/05670-9	Hilde Jordal	e-post:	13.1.2011

Høring - forslag til ny helse- og omsorgslov – tillegg til tidligere høringsuttalelse - pasientsikkerhet og kvalitet

Vi viser til den tidligere uttalelsen fra Akershus universitetssykehus av 20.12.10.

I det følgende vil vi spesielt ta for oss forslagene som berører pasientsikkerhet og kvalitet.

1. Prinsipielt utgangspunkt

I utkastet til ny helse- og omsorgslov er kravene til systematisk forbedringsarbeid forsterket. Det er gjort ved å ta inn i lovteksten en plikt for den som yter helsetjenester til å sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet, jf forslag til ny § 3-4 b i spesialisthelsetjenesteloven. Det er også foreslått en ny ordning med meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Målsettingen med den nye ordningen er å bedre pasientsikkerheten. Spesialisthelsetjenesten får plikt til å tilrettelegge for at den enkelte pasient eller bruker skal gis et helhetlig og integrert helsetjenestetilbud, noe som også berører pasientsikkerhet og kvalitet.

Pasientens adgang til å anmode den som yter helsehjelp om å få oppfylt sine rettigheter, foreslås tatt ut av pasientrettighetsloven. Vurdering av klagemål fra en pasient kan i dag vurderes av et helseforetak eller en kommune uten at tilsynsmyndigheten behøver å være involvert. Pasienten kan etter dagens ordning hvert fall bringe tilsynsmyndigheten inn i saken på et tidlig tidspunkt ved å be om vurdering av mulig pliktbrudd.

Forslaget er at avgjørelser fra helseforetaket som følge av klage fra en pasient vil være å betrakte som en avgjørelse av en underordnet instans. Helsetilsynet i fylket vil være overordnet klageinstans. Det tas likevel sikte på at man kan beholde en uformell måte å løse tvister mellom pasienter og tjenesteyter på, men det er uklart hvor grensen går mellom en uformell dialog mellom pasient og helseforetak om en tvist og de avgjørelser som treffes av helseforetaket som underinstans.

For å få bedre samhandling er kommuner og spesialisthelsetjenesten pålagt plikt til å utarbeide samarbeidsavtaler i utkastet til ny lov. Målsettingen med slike avtaler er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig og over tid sammenhengende tjenestetilbud. Vi er opptatt av at den faglige kvaliteten i tjenestetilbudet bør ha tilstrekkelig stort fokus ved samhandling, særlig gjelder det ved etablering av fellesarenaer for å gi helsehjelp.

En del av lovforslagene er gode og velbegrunnede. Styrking av pasientsikkerheten og kvaliteten er en uttrykt målsetting i lovforslaget som vi slutter oss til. På den annen side ser vi at noen av forslagene vil føre til at man antakelig ikke vil få noen styrking av det ledelsesforankrede systematiske forbedringsarbeid i helseforetakene, snarere det motsatte. Vår bekymring er at utredningen ikke i tilstrekkelig grad går inn på nødvendigheten av å forsterke linjeledelsens virkemidler for å drive systematisk forbedringsarbeid i helseforetakene.

2. Krav til pasientsikkerhet og kvalitet

Det foreslås at enhver som yter helsetjenester skal sørge for at virksomheten driver systematisk arbeid for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet. Begrepene pasientsikkerhet og kvalitet er definert i lovforslaget.

Vi slutter oss til at den som yter helsetjenester skal være forpliktet til å arbeide systematisk med pasientsikkerhet og kvalitet. Det er positivt at man i lovs form foreslår begreper og en systematikk som vi tror vil finne gjenklang i mange helsefaglige miljøer. Arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitet har pågått i mange år i helseforetakene og ellers i helsetjenesten, basert på de krav som til nå er tatt inn i helselovgivningen. Pasientsikkerhet og kvalitet er på ingen måte nytt for helsetjenesten. Det nye ved de forslag som nå er presentert er at man så tydelig fanger opp en internasjonal trend ved å bruke begrepet pasientsikkerhet. Det er positivt.

OUS har i sin høringsuttalelse argumentert for at det bør stilles krav om pasientsikkerhetsfaglig kompetanse. Det er etter vår mening et godt forslag. Til nå har det vært slik at utvikling av kompetanse på områdene pasientsikkerhet og kvalitet i stor grad har skjedd etter internt initiativ, blant annet ved overføring av kompetanse fra arbeidet med helse- miljø- og sikkerhet. Det er imidlertid uheldig at man ikke har sterkere krav til kompetanse på et så viktig område som pasientsikkerhet. Et krav til kompetanse vil også øke betydningen av slik kompetanse hos helsepersonell. Det vil igjen kunne lede til at utdanningsinstitusjonene forsterker undervisningstilbudet på feltet.

3. Ny meldeordning for uønskede hendelser

Lovforslagets drøfting av ny meldeordning har fokus på det uheldige i at Helsetilsynet vil kunne gi formelle reaksjoner til noen som er involvert i en meldt hendelse. Etter ny ordning skal meldinger sendes til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, melder kan forbli anonym og det skal i hovedsak bare gis tilbakemeldinger fra Kunnskapssenteret til helsetjenesten i et læringsperspektiv. Konsekvensene for det interne kvalitetsarbeidet ved helseforetakene ved en slik omlegging kan ikke ses å være vurdert.

Basismeldingen uten pasientidentifikasjon er angitt å skulle gå direkte fra melder til Pasientsikkerhetsenheten i Kunnskapssenteret. Ved behov for tilleggsopplysninger skal Pasientsikkerhetsenheten innhente disse direkte fra melder. Melder skal ved behov få direkte tilbakemelding fra pasientsikkerheten med råd og veiledning. Melder skal i tillegg melde i det interne avvikssystemet slik at nærmeste leder blir informert.

3.1. Internasjonale tilrådinger om meldeordning

Til grunn for forslaget ligger anbefalinger fra blant annet WHO. De anbefalte prinsipper fra WHO for en meldeordning er

- At helsepersonell ikke skal risikere straff som følge av at de melder en uønsket hendelse.
- Meldeordningen bør være uavhengig av enhver myndighet som har muligheter for å gi straffelignende tiltak mot melder.
- Melders identitet bør normalt ikke bli gjort kjent for en tredjepart.

Rådet i Den europeiske unionen har i sin tilråding av 05.06.09 til EU-kommisjonen gått inn for noe av de samme prinsipper. Det er likevel ikke gitt noen anbefaling om anonymitet og konfidensialitet, men det tilrås primært at helsepersonellens juridiske ansvar må klargjøres.

3.2. Organisering av dagens meldeordning i helseforetaket

I dag meldes uønskede meldinger etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 i ett system. Melder kan til enhver tid elektronisk følge egen melding, og således ha oversikt til enhver tid over hva som skjer i saksbehandlingen. Den som melder mottar også elektronisk tilbakemelding når melding lukkes.

Ansvarlig leder behandler meldinger sammen med sentrale personer i egen avdeling. Lederforankringen sikrer at de involverte, både pasient og ansatt blir adekvat fulgt opp, og at straksmeldinger til offentlige myndigheter blir sendt, samt at det iverksettes korrigerende tiltak. Et viktig aspekt er å vurdere og iverksette forebyggende tiltak med bakgrunn i de undersøkelser som gjøres av hendelsen. Årsaksanalyser og innhenting av nødvendige tilleggsopplysninger er en viktig del av prosessen med å følge opp meldinger. Meldepliktige hendelser og hendelser som har læringsverdi på tvers av divisjoner behandles på foretaksnivå. En brukerrepresentant deltar i behandlingen i tillegg til foretakets øverste kliniske ledelse.

Denne saksgangen er bygget opp i tråd med gjeldende myndighetskrav og har som mål at pasientene skal få trygge tjenester, dvs en målsetting om at pasientsikkerheten skal ivaretas.

3.3. Ny meldeordning må være enkel og lite arbeidskrevende for melder

Når det i ny ordning foreslås at basismelder skal sende en melding til Kunnskapssenteret og en til avvikssystemet internt, får man en dobling av forsendelsen av meldinger. All erfaring tilsier at en hendelse som skal meldes i to systemer, ikke er hensiktsmessig, og vil føre til merarbeid for melder og en risiko for at det sendes ulike meldinger internt og til Kunnskapssenteret. Dette vil antakelig føre til nedgang i meldefrekvensen, og det vil være realistisk å tro at helsepersonell i beste fall kun melder ett sted.

En meldeordning hvor kommunikasjonen går mellom melder og Kunnskapssenteret med aidentifiserte opplysninger om pasienten vil gi risiko for at hendelser som blir meldt av to eller flere helsepersonell ikke blir samordnet. En hendelse vil således kunne telles som to eller flere med den følge at hendelsen kan bli analysert forskjellig fordi meldingene har ulikt innhold.

Direkte tilbakemelding til melder angående adekvate tiltak etc. vil føre til økt fokus på den enkeltes individuelle rolle i meldeordningen. Dersom tilbakemeldingen fra Kunnskapssenteret til melder inneholder viktig informasjon om endring av rutiner, retningslinjer, organisering og system, er det ingen systematikk i at denne særdeles viktige informasjonen kommer linjeledelsen i hende. Den nye meldeordningen kan dermed gi mulighet for at personlige erfaringer ikke meldes i det interne systemet, men bare sendes direkte til Kunnskapssenteret. Risikoen er til stede for at meldingene forblir personlige og ikke blir analysert i et dekkende systemperspektiv. For melder kan det åpenbart framstå som enklere bare å sende melding til Kunnskapssenteret. Vedkommende risikerer heller ikke at anonymiteten blir brutt dersom melding bare sendes til Kunnskapssenteret. I og med at tilbakemeldingen fra Kunnskapssenteret på en enkeltmelding også skal skje direkte til melder, blir institusjonens systemansvar og mulighetene for kvalitetsforbedring svekket.

Erfaringene våre er at meldinger fra enkeltpersonell ofte ikke har en slik form at det er mulig å få noen læring av selve meldingen. Hvis basismelder sender en anonym melding som ikke er gir tilstrekkelig opplysning om de faktiske forhold, vil ikke Kunnskapssenteret ha mulighet for å innhente supplerende opplysninger. Kunnskapssenteret vil i slike tilfeller ikke kunne utlede av meldingen noe om årsakene til det som har sviktet. Man kan selvfølgelig håpe at meldingene i framtiden endrer karakter og beskriver den uønskede hendelsen på en bedre måte enn vi har erfaring for. Det bekymringsfulle er likevel at det ikke er lagt inn mekanismer som sørger for at en utilstrekkelig melding blir supplert og analysert i institusjonen slik at meldingen kan få læringsverdi. Læringseffekten kan i slike tilfeller gå tapt.

Kompleksiteten i dagens spesialisthelsetjeneste innebærer at basismelder heller ikke på noen måte kan bebreides for ikke å gi et dekkende bilde av situasjonen. Alle som melder vil naturlig nok gjøre det ut fra sin egen opplevelse av den konkrete situasjonen. For å få læringseffekt kreves at meldinger om uønskede hendelser analyseres ut fra en dekkende beskrivelse av de faktiske forhold.

Risikoen for at læringseffekten av enkeltmeldinger forspilles er en alvorlig innvending mot lovforslaget. Hver eneste uønskede hendelse er en kilde til kvalitetsutvikling og læring. Hver eneste melding som forblir utilstrekkelig, kan lede til at de analyser som blir gjort ikke er faglig holdbare. Utilstrekkelige meldinger er en trussel mot pasientsikkerheten.

Det kan innvendes mot ovenstående synspunkter at basismelder etter den nye meldeordningen skal melde parallelt til det interne kvalitetssystemet i institusjonen og til Kunnskapssenteret. Det kan synes som om man forutsetter at avvikshåndteringen skal foregå som i dag i den enkelte helseinstitusjon. Vi mener dette er en urealistisk forhåpning. Når det etableres en ny meldeordning hvor melder kan velge å være anonym uten å risikere at anonymiteten blir brutt, vil dette antakelig få konsekvenser for hvor mange meldinger som faktisk blir meldt internt. Vi regner med at antall meldinger internt vil gå ned.

Den eksisterende meldeordningen har som målsetting å understøtte helseinstitusjonens internkontrollsystem, jfr Rundskriv I 54-2000. Vurderingen fra Helsetilsynet er tosidig, det vurderes om helseinstitusjonen har hatt god avvikshåndtering og om det er grunnlag for tilsynssak. Ordningen har de senere år vært praktisert slik at meldingene bare har ledet til tilsynssak når helsepersonellens pliktbrudd har ligget opp mot det grovt uaktsomme. I hovedsak understøtter derfor den eksisterende meldeordning systemperspektivet og helseinstitusjonens ansvar for å rydde opp i tråd med anerkjente prinsipper for avvikshåndtering.

3.4. Ny meldeordning – konsekvenser for ledelsesforankret oppfølging av uønskede hendelser

Den nye meldeordningen har klare svakheter sett i forhold til helseforetakets mulighet for å drive systematisk forbedringsarbeid. Basismelder skal melde direkte til Kunnskapssenteret for helsetjenesten uten siling internt. Den som melder skal samtidig sende melding i det interne avvikssystemet slik at nærmeste leder blir orientert. I lovforslaget fremheves at det viktigste arbeidet med læring og forebygging foregår i tjenestene og at når betydelig skade er oppstått er førsteprioritet å ta hånd om pasient, pårørende og helsepersonell. Forslaget åpner for at melder kan være anonym hvis vedkommende ønsker det.

Slik vi ser det gis det doble signaler i lovforslaget. Det er en forutsetning for å oppnå læring og forebygging av feil i klinisk virksomhet at den eksterne aktør som mottar meldingene har rammeforutsetninger som bidrar til og støtter de interne systemene for avvikshåndtering. Vi opplever at den foreslåtte nye meldeordningen ikke er tilfredsstillende i så måte. Det er nærmest umulig å spore opp en aidentifisert og anonym melding for å sikre at linjeledelsen får nødvendig informasjon om hendelsen. Ny meldeordning vil føre til at nærmeste leder ikke får en regelmessig og sikker oversikt over meldte tilfeller. Muligheten for oppfølging av både pasient og involvert helsepersonell vil bli dårligere enn den er i dag. Helseforetaket er avhengig av å til enhver tid ha fullstendig og komplett oversikt over alle meldinger om uønskede hendelser. Adekvate tiltak, læring og kvalitetsarbeid skjer først og fremst lokalt der den uønskede hendelsen er oppstått. God kjennskap til hva som egentlig har skjedd og en årsaksanalyse hvor også det involverte helsepersonellet eller deres nærmeste leder kan delta, vil være nødvendig for å sikre korrigerende tiltak i forhold til praksis og systemer.

Det er den enkelte institusjon som står ansvarlig for å sikre at forsvarlig helsehjelp blir gitt. Internkontrollplikten er ikke foreslått modifisert slik at enhver svekkelse av ledelsens reelle mulighet for å sikre adekvat håndtering av meldinger gir grunn til bekymring. Vi ser ikke bort fra at det kan være behov for en omlegging av den eksisterende meldeordning, men mener at en ny meldeordning bør utformes slik at den gir støtte til det systematiske ledelsesforankrede forbedringsarbeidet i den enkelte virksomhet.

Akershus universitetssykehus HF er positive til at det rettes økt fokus mot læring av uønskede hendelser, men anser at melding i to systemer for basismelder vil føre til manglende oversikt for foretaket som er forpliktet til å sørge for korrigerende og forebyggende tiltak. I tillegg mener vi at det største læringspotensialet når det gjelder uønskede hendelser, ligger lokalt i institusjonen/foretaket der tiltak for å rette opp forholdet skal iverksettes. Det er videre bekymringsfullt at den nye meldingsordningen ikke er bedre tilpasset den systematikk som er rådende når det gjelder internkontroll og kvalitetssikring i helsetjenesten.

Man bør i denne sammenheng heller ikke undervurdere verdien som ligger i at Helsetilsynet i fylket i dag gir tilbakemelding i utvalgte meldte saker på hvor listen for forsvarlighet ligger. Dette er en viktig rettesnor for institusjonenes kvalitetsarbeid. I de sakene hvor Helsetilsynet i fylket gjør tilsynsmessige vurderinger kan tilbakemeldingen bidra til at fremtidige uønskede hendelser unngås. Dette er et positivt bidrag til kvalitetsarbeidet i institusjonene som dessverre vil falle bort hvis den foreslåtte nye meldeordningen settes i verk slik den er skissert.

3.5. En grense for beskyttelsesverdighet for melder

En ny meldeordning bør ikke gi beskyttelse for grovt uaktsomme handlinger fra helsepersonell. Det bør sikres at meldinger alltid sendes via institusjonen. Ikke for å sile

eller redusere antallet, men for å sikre kvalitet i meldingshåndteringen. Internt på Akershus universitetssykehus er det etablert en ordning som muliggjør anonyme meldinger. Melder får et kodenummer og kan følge med på hva som skjer med meldingen i etterkant. Institusjonen er helt avhengig av å få kjennskap til de faktiske forhold ved en melding, inkludert pasientens navn. Dette er nødvendig for å kunne analysere hendelsen i et systemperspektiv og unngå nye liknende hendelser.

Argumentasjonen i lovforslaget synes å være at læring er viktigere enn reaksjoner mot involvert helsepersonell. Det har mye for seg, men i tilfeller av grov uaktsom opptreden fra helsepersonellens side kan man diskutere om det er riktig at enkeltpersoner i så stor grad skal skånes mot formelle reaksjoner. Generell læring fra meldeordningen kan i tilfelle ha som sideeffekt en aksept av grove pliktbrudd mot enkeltpasienter. Det er det vanskelig å slutte seg til. Bare ved mistanke om alvorlig systemsvikt vil Kunnskapssenteret få mulighet for å varsle Statens helsetilsyn og melde fra til virksomhetens ledelse om forholdet. Kombinasjonen av systemsvikt og personlig grov svikt vil ofte foreligge, men kan altså etter lovforslaget ikke meldes til Helsetilsynet fordi enkeltpersonell vil risikere reaksjoner som følge av at en systemsvikt blir gjennomgått av Statens helsetilsyn.

Å forsvare beskyttelse av grovt uaktsomme handlinger er vanskelig ut fra hensynet til pasientsikkerheten. Det foreliggende lovforslaget bør endres slik at mistanke om grovt uaktsomme pliktbrudd fra helsepersonell hvert fall blir meldt til institusjonens ledelse.

3.6. Ny meldeordning - konklusjon

Ny meldeordning vil ikke understøtte et ledelsesforankret system for kontinuerlig forbedring i helseforetakene og vil heller ikke legge til rette for at involverte pasienter får nødvendig informasjon og oppfølging. Ordningen anses å svekke det enkelte foretaks oversikt over egen virksomhet, og derav være et hinder for at nødvendig korrigerende og forebyggende tiltak blir iverksatt. På grunn av risikoen for at antall meldinger vil gå ned er det ikke gitt at foretaket får samme mulighet som i dag til å forebygge gjentakelse og sikre trygge tjenester for pasientene.

Akershus universitetssykehus HF kan derfor ikke støtte forslaget om overføring av meldeordningen til Kunnskapssenteret slik ordningen er skissert i lovforslaget.

3.7. "Individuell plan" og pasientansvarlig lege

For pasient eller bruker som har behov for tilbud etter flere helseover foreslås det at kommunen får ansvar for å sette i gang arbeidet med individuell plan og for å koordinere planarbeidet. Vi støtter dette forslaget.

Videre er det foreslått at ordningen med pasientansvarlig lege i spesialisthelsetjenesten blir opphevet. I stedet foreslås at det for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester skal oppnevnes en pasientansvarlig koordinator. Koordinatoren skal ha hovedansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og sikre samordning av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

Vi mener dette vil lette organiseringen av sykehustjenester for pasienter med komplekse eller langvarig behov for helsetjenester. Utnevning av pasientansvarlig koordinator som ikke er profesjonsavhengig, medfører at det vil kunne gjøres en individuell vurdering av hvilken type profesjon som best kan ivareta oppfølging av gitte pasientgrupper. Ordningen anses således å sette pasientens behov i fokus. Vi støtter derfor departementets forslag

om å gå bort fra dagens ordning med pasientansvarlig lege og innføre pasientansvarlig koordinator for visse pasientgrupper.

4. Ny klageordning

Den eksisterende klageordning er et viktig ledd i helseforetakets mulighet for å rydde opp i eget hus, uten at tilsynsmyndigheten nødvendigvis bringes inn. Ordningen er fastsatt i pasientrettighetsloven § 7-1 og gjør det mulig for pasienten å anmode den som yter helsehjelp om at rettighetene vedkommende har, blir oppfylt. Vi ser anmodningsadgangen som en verdifull ordning som gir helseforetaket mulighet for å rette opp og beklage overfor pasienten dersom det er grunn til det. Den fortrolige dialogen mellom pasienten og den som yter helsehjelp kan pågå inntil det er klarlagt om pasienten vinner fram med sine klagemål eller ikke. Det er i dag ikke noen automatikk i at tilsynsmyndigheten bringes inn i saken med mindre pasienten selv ønsker det. Vår erfaring er at det i praksis ikke blir stilt krav til at pasienten må få avklart om anmodningen til sykehuset blir avvist eller at rettighetene anses oppfylt, før en klage kan sendes til Helsetilsynet i fylket.

I lovforslaget er det lagt opp til at pasienten fortsatt skal kunne henvende seg til helseforetaket med sine klagemål. Hvis helseforetaket treffer en avgjørelse blir imidlertid denne ansett som avgjørelse av en underinstans etter forvaltningslovens formelle system. Helsetilsynet i fylket blir en formelt overordnet klageinstans ut fra hva som foreslås i pasientrettighetsloven § 7-2.

I utgangspunktet kan opphevelsen av anmodningsadgangen synes å styrke pasientens rettsstilling. Pasienten får sikkerhet for at en klage til helseforetaket undergis den behandling forvaltningsloven generelt krever for enhver forvaltningsmessig klage. For den som yter helsehjelp, og antakelig også for pasienten, er det imidlertid viktig å skille mellom forholdet til en ekstern tilsynsmyndighet og en fortrolig dialog med den som yter helsehjelpen. Den omlegging som er foreslått vil bety at enhver klage, hvor den som yter helsehjelp ikke imøtekommer alle pasientens anførsler, vil måtte sendes til Helsetilsynet i fylket som klageinstans.

Vi har forståelse for at den ordning vi har i dag, med anmodning om oppfyllelse som et tillegg til klageadgangen til Helsetilsynet i fylket, kan være vanskelig for pasienten og andre å få oversikt over. Omleggingen som foreslås vil imidlertid innebære at byråkratiseringen starter så å si før pasienten får anledning til å vurdere om vedkommende i hovedsak er fornøyd med den måten tjenesteyter har vurdert klagen på. Vi mener at det foreslås en ordning hvor tilsynsmyndigheten som tredjepart bringes for tidlig inn. Hensynet til en uformell dialog mellom pasienten og tjenesteyter vil ikke lenger bli respektert på samme måte som i dag. Det er uheldig.

Selv om dagens ordning har positive elementer ved seg er det behov for forenkling og klargjøring av dagens anmodnings- og klageadgang.

4.1. Utydelig skille mellom uformell tvisteløsning og formell klageadgang

I lovutredningen er anført at en uformell måte å løse tvister mellom pasienter og tjenesteyter på lavest mulig konfliktnivå vil bli praktisert selv om en slik ordning ikke er lovregulert. Vi kan ikke se at det er drøftet nærmere hvordan forholdet mellom en uformell tvisteløsning og forholdet til en endret klageordning etter pasientrettighetsloven § 7-2 vil bli. De pasienter som oppfatter forskjellen på disse to måter å behandle klagemål på vil kunne gi uttrykk for hva de ønsker; enten en uformell håndtering eller at deres klagemål behandles på formell måte etter forvaltningslovens prinsipper. Dette synes imidlertid å

kreve at pasienten setter seg godt inn i de ulike måtene å behandle et klagemål på. Vi tror at mange pasienter ikke vil ha slik innsikt. Den som yter helsehjelp må i tilfelle redegjøre for alternativene hvis pasienten skal kunne gjøre et reelt valg.

Det er ikke tvil om at det nye opplegget framstår som mindre smidig og mer byråkratisk. Behovet for å avklare i hver enkelt sak med pasienten hva han/hun ønsker vil åpenbart føre til et merarbeid for den virksomheten som yter helsehjelp.

Vilkåret i pasientrettighetsloven § 7-2 om at den som yter helsehjelp må ha tatt stillingen til en anmodning om oppfyllelse før det kan klages til Helsetilsynet, bør oppheves. Vi mener at anmodningsadgangen enten bør beholdes eller at skillet mellom den uformelle dialogen som forutsettes beholdt og klageadgangen til Helsetilsynet i fylket på annen måte bør klargjøres.

5. Forsterket samhandling - samarbeidsavtaler og faglighet

Det legges til grunn i lovforslaget at samarbeidsavtaler skal bidra til at pasienten får et helhetlig og sammenhengende tilbud. Et helhetlig tilbud er viktig, men må selvfølgelig være noe som kommer i tillegg til at pasienten til enhver tid får faglig forsvarlige helsetjenester.

I lovforslagets omtale i punkt 25.6.3 er det åpnet opp for ulike organisatoriske løsninger på samarbeid. Det heter der at "Om oppgavene som kommuner og foretak samarbeider om, eventuelt ved overføring til kommunalt nivå, skal utføres innenfor kommunens allerede eksisterende organisasjon med faglig støtte og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, eller om det skal etableres nye institusjonelle løsninger eller organisatoriske tiltak som kommunene og foretaket samarbeider om, må gjøres lokalt." Eksempler på institusjonelle tiltak i lovforslagets drøfting i det samme punktet er "Det kan opprettes kommunale team eller kompetansesentre, lavterskeltilbud, tverrfaglige, ambulante team, brukerstyrte døgnplasser, forsterkede sykehjemsavdelinger, distriktsmedisinske sentre osv." Samlokaliseringen av tjenestene hevdes å være viktig for å lykkes. Så konkretiseres det i utredningen slik: "Det er derfor viktig at det gjennom det avtalebaserte samarbeidet foretas en vurdering av om de fremtidige tilbudene skal samles i egne virksomheter, for eksempel som lokalmedisinske sentre, som forankres i kommunen/e og inngår i avtalebasert samarbeid med ett eller flere foretak."

Det foreslås at kommuner og helseforetak skal pålegges å inngå samarbeidsavtaler. Rammeavtalen som er utarbeidet forutsetter blant annet at avtalene skal "klargjøre ansvar på administrativt nivå og tjenesteytende nivå for utforming og iverksetting av samhandlingstiltak." (høringsutkastet punkt 25.2). Det forutsettes dermed at kvaliteten i tilbudet til pasientene skal bli ivaretatt. Spørsmålet er likevel om det legges inn virkemidler som er tilstrekkelige for å få kvalitet i tilbudet når det etableres samarbeidsløsninger. Dersom slike samarbeidsløsninger gir høyere risiko for svikt i tilbudet til pasientene bør vi si ifra.

Vi er bekymret for at de avtaler som er foreslått i ny lov ikke er tilstrekkelige til å sikre at pasienten får et helhetlig og forsvarlig tilbud. Grunnen til det er at innholdet i avtalene ikke i særlig grad kan ses å gå nærmere inn på de faglige grenseflatene som oppstår når helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten og kommunen samarbeider om tjenestetilbudet til enkeltpasienter.

Med en plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak må man regne med at det i økende grad blir etablert enheter som dekker både kommunale tilbud og spesialiserte tilbud. Hensikten er god, det vil si å lage en samlet arena for kommunale og spesialiserte tjenester. På en slik felles arena for kommunale og spesialiserte tjenester er

det spesielt viktig at internkontroll og kvalitet i tjenestetilbudet blir ivaretatt. Oppfølging og pleie av svært syke pasienter som får spesialiserte tjenester utenfor sykehus, er krevende både med hensyn til kompetanse og erfaring.

Medhjelperinstituttet, slik det er nedfelt i helsepersonelloven § 5, er et aktuelt virkemiddel for å sikre at samhandling mellom helsepersonell holder tilstrekkelig god standard. Bestemmelsen legger til grunn at helsepersonell i sin virksomhet kan overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellets kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonells kontroll og tilsyn. Ordningen med medhjelpere kan i prinsippet brukes både internt i en virksomhet og på tvers av virksomheter. Innenfor medhjelperordningen ligger det også en forutsetning om at den bedre kvalifiserte (her spesialisten) vil kunne ta stilling til om medhjelpere har tilstrekkelige kvalifikasjoner til å bistå i behandlingen.

Ansvar for å definere hvilket system som må være på plass for å etablere samarbeidsløsninger mellom forvaltningsnivåene, og teknisk legge til rette for dette, bør også i framtiden ligge hos spesialisthelsetjenesten. Ansvar for utøvelse av helsehjelpen innefor dette systemet, fra dag til dag, vil ligge hos kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten plikter å støtte dem, med undervisning etc, slik at de settes i stand til å påta seg dette ansvaret. De som jobber hjemme hos pasienten legger vi til grunn at vil være ansatt i kommunen, slik at arbeidsgiveransvaret for dem, med alt det fører med seg, vil ligge hos kommunen. Helseforetaket bør fortsatt kunne definere hvilken kompetanse disse må ha, men å sikre at personalet i kommunen faktisk har denne kompetansen bør være et arbeidsgiveransvar, med andre ord et kommunalt ansvar.

Det som er utfordrende i en del samhandlingstilfeller er at tilsynsmyndigheten tilsynelatende legger opp til at det er foretakets ansvar å sikre at den enkelte kommunalt ansatte som jobber hos pasienten har den kompetansen som behøves, og videre at eventuelle feil som begås av kommunalt ansatte er sykehusets heller enn kommunens ansvar. Dersom helseforetaket skal etterleve en slik forståelse får det store konsekvenser. Ordningen kunne i tilfelle være at spesialisthelsetjenesten ansetter, lærer opp, og besørger "drift" mht personalet i kommunen (vaktlistene etc). Alt dette gjøres per i dag av kommunene. Spesialisthelsetjenesten kan, heller ikke innenfor fremtidige samarbeidsavtaler, ta ansvar for den enkelte som jobber hos pasienten hvis spesialisthelsetjenesten ikke har kontroll på hvem dette er.

For spesialisthelsetjenesten å skulle overta et driftsansvar for tjenester som er kommunehelsetjeneste med innslag av spesialisthelsetjenestefunksjoner er ikke en farbar vei. Det ville kreve massivt med ressurser, til dels som overføring av midler fra kommunene til spesialisthelsetjenesten.

5.1. Forsterket systemforankring av kravet til klare ansvarsforhold

Sikkerhet for pasienten betinger at den faglige kvaliteten blir opprettholdt i alle deler av tilbudet, ikke minst er det viktig når flere helsepersonell som har svært ulik kompetanse samhandler. Samhandling er et gode, men rammene må utformes slik at fagligheten i tilbudet ikke står i risiko for å bli forringet. Risikoen for uklare ansvarsforhold er større når personell med svært ulik kompetanse skal samhandle på en felles arena. Fritt sykehusvalg og utlån av utstyr som krever spesialistkompetanse kompliserer situasjonen. Vi har sett eksempler på at pasienter har blitt skadelidende i det som har vært et samlet spesialisert og kommunalt tilbud i pasientens hjem.

I behandlingen av svært syke pasienter som har behov for omfattende hjelpetiltak vil det være avgjørende at helsepersonellet til enhver tid er oppmerksomme på faren for at skade

kan oppstå og opptrer slik at risikoen holdes på et så lavt nivå som mulig. Dersom det likevel inntreffer en uønsket hendelse kan man i etterkant få en diskusjon om hvem som er ansvarlig for svikten. Et spørsmål kan være om det er opplæringen fra spesialisthelsetjenesten av pleiepersonalet som har sviktet eller om det har vært tilstrekkelig kontroll og tilsyn med de som eventuelt har vært medhjelpere. Et annet spørsmål er om svikten skyldes om kompetansesvikt hos pleiepersonalet. Videre er det mulighet for at spesialisten eller det kommunale pleiepersonalet har gjort en personlig feil.

Uønskede hendelser bør alltid analyseres i et kvalitetssikringsperspektiv slik at man kan lære av det som har hendt. Spesialisthelsetjenesten kan imidlertid ut fra sin høye kompetanse bli holdt ansvarlig både for spesialiserte tiltak og for handlinger som er utført av kommunalt ansatte. Det kan være vanskelig å analysere årsaksforholdene, herunder ta stilling til om spesialisten reelt sett har gitt for dårlig opplæring til medhjelpere eller om pleiepersonalet eller andre har gjort en feil. På grunn av gjennomgående høy kompetanse hos spesialisthelsetjenesten blir dette nivået nærmest å betrakte som en garantist for at fagligheten er god nok. At systemansvaret til tross for dette som regel ligger på kommunen gir risiko for uklarhet om fordeling av oppgaver rundt pasienten og utførelsen av disse. Dette kan gi økt risiko for svikt i tilbudet til pasienten. Det er nødvendig å ha tydelige avklaringer på hvor grensen går mellom veiledningsansvaret og arbeidsgivers ansvar der hvor spesialisthelsetjenesten gir veiledning til kommunale behandlings- eller omsorgstilbud.

Målet med samarbeidsløsninger er at pasienten skal få et bedre behandlingstilbud i form av et delvis spesialisert og delvis pleiebasert tilbud i hjemmet eller annet sted i kommunen. Klare ansvarsforhold er en nødvendighet ved etablering og drift av ethvert tilbud om helsetjenester. Når et tjenestetilbud skal utformes i grenseflater mellom to ansvarlige nivåer er det enda viktigere at kravet til klare ansvarsforhold blir overholdt. Et minstekrav bør være at de ansvarlige parter (kommunen og spesialisthelsetjenesten) i samhandlingen pålegges å sørge for at det til enhver tid er klare ansvarsforhold rundt pasienter som får helsehjelp i enheter av denne art. Tydelige krav til ansvarsforholdene må videre ha tilstrekkelig forankring på ledelsesnivå.

På arenaer der kommunale og spesialiserte tilbud er samlokalisert er også uklarhet omkring ansvarsforholdene et problem. Selv om personellet fra kommunen og spesialisthelsetjenesten har sin organisatoriske og faglige forankring i behold blir det lett uklarhet om hvem som har ansvar for ulike tiltak, oppfølging av pasienten m.v..

Vi foreslår at avklarte ansvarlinjer og ledelsesforankring innarbeides som et krav i de bestemmelsene i lovutkastet som omhandler samarbeidsavtaler. Om dette vil være tilstrekkelig til å løse problemene er likevel et spørsmål. Manglende nasjonal struktur for disse problemområdene vil over tid bli et hinder for god samhandling etter hvert som hendelser og tilsynssaker vil tydeliggjøre den risiko som ligger i svake rolle- og ansvarsavklaringer.

Med vennlig hilsen


Hulda Gunnlaugsdottir
Administrerende direktør


Anne Wenche Lindboe
Kst. kvalitetssjef