



Administrasjon

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse:
15/04711-6 / 008

Deres referanse:

Dato:
23.02.2016

Høring - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet har sendt ut på høring en norsk offentlig utredning om forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene, NOU 2015:11 "Med åpne kort". Etter en intern høring ved Sykehuset i Vestfold HF, fremmes følgende kommentarer til utsendte forslag.

Utvalget har levert en grundig og omfattende utredning som gir mye god informasjon om dagens ordninger i helsetjenesten og om melde- og tilsynssystemer. Utredningen har gode innlegg til refleksjon om hva som kan fremme gode læringsprosesser i virksomhetene. Det er positivt at utredningen vektlegger virksomhetens og ledelsens ansvar i oppfølging, tilbakeføring og læring. Utredningens tittel og innhold gir et godt signal om målsetning og grunnleggende verdier som respekt for det enkelte mennesket, ansvarlighet, åpenhet, tillit, medvirkning og rettssikkerhet. Pasienter og pårørende skal bli møtt på en måte som viser at disse verdiene står sentralt i tjenesten.

Gjeldende lovverk, lover og forskrifter oppfattes i dag som omfattende og til dels vanskelig tilgjengelig for både ansatte og brukerne av helse- og sosialtjenester. Det burde vurderes en forenkling og tydeliggjøring av Spesialisthelsetjenesteloven, Pasient og brukerrettighetsloven og Helsepersonelloven. Det er i dag allerede et omfattende regelverk, hjelper det å legge til flere reguleringer, blir det bedre pasientbehandling av en slik ytterligere regulering. Generelt slik sykehuset vurderer dette er hovedutfordringen å sikre en god og hensiktsmessig læringsløype. Særskilte kommentarer, det er positivt at Helsetilsynsloven fra 1984 blir revidert, da spesielt oppgavene i paragraf 4 som gir en tydeliggjøring av oppgaver/ansvar for de ulike aktørene, det samme med paragraf 13.

Foreslåtte endringer i Pasient- og brukerrettighetsloven skal sikre at det avholdes møter mellom tjenesten og pasienten/brukerne ved at det pålegges en plikt til å informere og møte ved 3.3.a hendelser, ved 3.3 hendelser har sykehuset kun en informasjonsplikt. Det første møtet skal skje i løpet av det første døgnet, eventuelt skal de som takker nei til et slikt møte få tilbud om nye møter i etterkant. Det siste punktet blir helt klart omfattende å følge opp for sykehuset med tanke på ansvar og organisering slik rapporten beskriver sykehuset ansvar.

1. Bedre oppfølging og ivaretagelse av pasienter, brukere og pårørende, og styrking av deres rettigheter.

- *Lovfeste at virksomheten skal tilby pasienter, brukere og pårørende møter etter alvorlige hendelser i løpet av et døgn etter hendelsen.*

I utgangspunktet mener vi at dette er en god regel som skal tilstrebes. Det er bra at lovtekstforslaget imidlertid sier *så snart som mulig* da å lovfeste at det skal skje etter et døgn ikke alltid vil kunne etterleves eller være hensiktsmessig. Det anbefales at dette lovforslaget gjelder de alvorligste hendelser som er uventet ut fra påregnelig risiko og av slik alvorlighetsgrad at de faller inn under hendelser som skal varsles iht.

spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Mulig at dette også har vært utvalgets intensjon.

- *Pasienter, brukere og pårørende bør gis en rett til å melde om uønskede hendelser til Meldeordningen.*

Forslaget om at pasienter, brukere og pårørende gis mulighet til å melde hendelser via en elektronisk meldeportal støttes. Vi ser imidlertid at det vil kreve kompetanse og et system som kan håndtere meldingene på en måte som er meningsfull og ikke bare bli en "tom pasientrettighet". Tilbakemeldinger fra Kunnskapscenteret oppleves i dag lite meningsfull bortsett fra enkelte læringsnotater.

- *Pasienter, brukere og pårørende gis rett til å varsle tilsynsmyndighetene om alvorlige hendelser - og det må da gis en rask vurdering om behov for stedlig undersøkelse eller opprettelse av tilsynssak.*

Sykehuset er noe delt i synspunktet om dette forhold i rapporten. Den somatiske virksomheten er positiv til at pasienter, brukere og pårørende gis rett til å varsle tilsynsmyndighetene om alvorlige hendelser, og at det da må gis en rask vurdering om behov for stedlig undersøkelse eller opprettelse av tilsynssak. Virksomheten innenfor psykiatri og rus er noe mer usikker på om dette forslaget vil fungere etter intensjonene da det i utgangspunktet må være klare kriterier og helsetjenestens lovpålagte plikt å varsle om alvorlige hendelser, slik det allerede er i dag innen spesialisthelsetjenesten. Pasienter og pårørende har i dag en klagerett til tilsynsmyndigheter som bør ivareta behovet. Her foreslås isteden at tilsynsmyndighetene innhenter opplysninger direkte fra pasienter, brukere eller pårørende fremfor bare å innhente førstehåndsupplysninger fra de i helsetjenesten som har varslet og hatt ansvaret for pasientens behandling.

2. Pasient- og brukerombudene blir mer kjent.

- Dette punkt støttes da pasient- og brukerombudet kan være en viktig part og beskriver bruk av dialogmøter som et positivt tiltak til å kunne skape forståelse og fornyet tillit hos pasienter og pårørende til tjenesten.

3. Meldeordningen.

- Forslaget at også den kommunale helse- og omsorgstjeneste skal få meldeplikt støttes. Utfordring vil være å gi meningsfulle tilbakemeldinger til helsetjenesten. Virksomheten og det enkelte helsepersonell må oppleve en faktisk verdi i yrkesutøvelsen og pasientsikkerheten gjennom den ressursinnsats i opplæring, implementering og bruk av

meldeordning som er nødvendig for å oppnå en god meldekultur.

- Forslag om at Meldeordningen innrettes slik at det *ikke* gis tilbakemelding på enkeltmeldinger (som i dag), men at de benyttes som grunnlag for oppsummeringer, læringsnotater og økt innsikt i risikoområder/skadetyper/skadeårsaker, støttes da dagens ordning ikke blir opplevd som verdifullt i læringsøyemed ute hos sykehusene.
- Varsel etter § 3-3a bør fortsette som i dag.

4. Tilsynsordningen.

- Utvalget foreslår at tilsynsmyndigheten skal omorganiseres fra dagens ordning med Fylkesmannen som tilsynsmyndighet i alle fylker til fire-fem regionale tilsynsenheter. Dette forslaget støttes da det oppleves som om det er store variasjoner i kompetanse, gjennomføring og normering, slik tilsynsordningen i dag er innrettet.

5. Om bruken av administrative reaksjoner.

- Utvalget foreslår en endring i Helsepersonelloven for å markere at terskelen for å benytte enkelte av de administrative reaksjonene mot helsepersonell ved faglig uforsvarlig yrkesutøvelse bør senkes. Vi er redd for at en vekting på lettere bruk av administrative reaksjoner overfor det enkelte helsepersonell kan virke negativt inn på meldekultur og medvirke til at helsepersonell får et større fokus på "å holde ryggen fri" fremfor å gi god pasientbehandling. Vi mener at det heller bør vektlegges, slik vi oppfatter at store deler av utredningen allerede gjør, nemlig ett systemfokus i dialogen, læringen og erfaringstilbakeføring som vektlegger virksomhetens ansvar og forpliktelser fremfor reaksjon overfor det enkelte helsepersonell.
- Lovgivning og de administrative reaksjoner som foreligger i dag, mener vi er tilstrekkelig. Dagens helsetjeneste med komplekse systemer og høye krav til effektivitet, organisatoriske endringer, omfattende dokumentasjonskrav og stadige endringer i den helserettslige lovgivning setter store krav til den enkelte helsearbeider. Vi må ikke utvikle en helsetjeneste der det enkelte helsepersonell opplever seg mistenkeliggjort og stadig utsatt for en form for kontroll som skaper frykt og engstelse i yrkesutøvelsen. Innen mange fagområder er arbeid i helsetjenesten risikoområder som handler om mulighet for dødelig utfall og mulighet for skade på tross av gode intensjoner og intervensjoner. Pasientene trenger helsepersonell som våger å utsette seg for risikosituasjoner, og våre klinikere trenger å vite at det er ledere og en virksomhet som i all hovedsak må ta ansvaret og belastningen når en uventet og uønsket hendelse skjer. Vi vet at å ha vært i en slik situasjon vil prege de fleste, og mange helsepersonell har lett for å påta seg personlig skyld også når systemene har sviktet. Dette må selvfølgelig skilles fra saker der helsepersonell åpenbart skulle ha visst bedre og ikke handlet i tråd med egne kvalifikasjoner. Vi støtter sterkere åpenhet overfor pasienter, brukere og pårørende. Det er viktig å beklage, ikke dekke til og ha en åpen dialog når en uønsket hendelse har skjedd. Men vi tror dette heller kan bli vanskeligere om terskelen for administrative reaksjoner senkes.

6. Utvalget anbefaler ikke at det opprettes en undersøkelseskommisjon.

• Sykehuset støtter dette forslaget, om at det ikke opprettes en undersøkelseskommisjon. Generelt er økt åpenhet og erfaringstilbakeføring et sentralt tema i arbeidet med å sikre forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Innenfor dette området kreves flere virkemidler. Vi ønsker å lære og å forebygge at nye tilsvarende hendelser skjer på nytt i tjenesten. Det forutsetter at vi skaper læring og erfaringstilbakeføring i egen organisasjon, samt sikrer at vi lærer på tvers av sykehus og foretak nasjonalt – skape læring/erfaringstilbakeføring på systemnivå. En nasjonal veileder og et godt tilbakemeldingssystem til helsetjenesten på hendelser som har medført eller kunne ha medført alvorlige pasientskader er en forutsetning for å lykkes med dette. Videre bør læringen allerede starte under grunnutdanningen for helsepersonell, et slikt fokus på pasientsikkerhet burde være obligatorisk ved alle grunnutdanninger innenfor helse og omsorgssektoren. Til slutt er sykehuset av den klare oppfatningen av at et felles nasjonalt meldings- og klassifisering system burde ha vært tilrettelagt og implementert nasjonalt, som også ivaretar primærhelsetjenesten, for nettopp å sikre læring og erfaringstilbakeføring i for eksempel pasientovergangene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Med vennlig hilsen


Stein Kinserdal

Administrerende direktør


Per Grunde Weydahl
Kst. fagdirektør