

Avvikling av meldeordningen etter spesialisthelsetjenesteloven § 3.3

Høringsinnspill, Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten (SHARE), Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger (UiS)

Helse og omsorgsdepartementet (HOD) ønsker å avvikle dagens meldeordning etter spesialisthelsetjenesteloven § 3.3 basert på ønske om omfordeling av ressurser fra meldeordningen til utvidelse av varselordning til Statens helsetilsyn. Forskningsmiljøet i SHARE er uenige i HOD sin innstilling og kunnskapsgrunnlaget som ligger til grunn for forslaget.

Et hovedargument i høringsnotatet synes å være at det ikke foreligger studier av effekten av slike meldesystemer for pasientsikkerhet. På samme måte kan man argumentere for at det heller ikke foreligger kunnskapsbasert dokumentasjon om effekten av tilsyn, varseloppfølging eller undersøkelseskommisjon. HOD velger altså å avvikle den ordningen som har hatt kortest funksjonstid uten et tilfredsstillende beslutningsgrunnlag.

Det eneste faglig baserte grunnlaget for beslutningen om avvikling av meldeordningen er evalueringen gjennomført av SINTEF i 2014, to år etter etablering av ordningen. Evalueringen ble gjennomført på oppdrag fra Arianson-utvalget, den hadde et svært begrenset omfang med metodiske svakheter som gjør den uegnet som grunnlag for beslutningen om avvikling av ordningen i 2018, fire år etter evalueringen.

HOD som beslutningsmyndighet for nasjonale tiltak og ordninger innen pasientsikkerhet er ansvarlig for at det finnes et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for både opprettelse, evaluering og avvikling av ordningene. Vår oppfatning er at dette ansvaret ikke ivaretas godt nok i forslaget om avvikling av dagens meldeordning, og det er vår klare anbefaling at HOD tar initiativ til en systematisk og kunnskapsbasert evaluering av dagens meldeordning før beslutningen tas.

Som del av det manglende kunnskapsbaserte grunnlaget henviser HOD til at det ikke er gjennomført studier av effekt og bruk av læringsnotater fra meldeordningen. Her finnes unntak som HOD bør merke seg i en evalueringsfase: «*Nasjonal meldeordning for uønskede hendelser og læring i sykehus – en case studie om læringsnotaters reise i et sykehus*» (Hegelstad, 2016). Her ble utvalgte læringsnotater studert relatert til hvordan de ble brukt til læringsformål i et norsk sykehus. Selv om resultatene viser at distribusjonen av læringsnotatene ikke er hensiktsmessig konkluderer studien med at notatene er nyttige og relevante for praksisfeltet, de skaper refleksjon og diskusjon i tjenesten, de utgjør et vesentlig læringspotensiale og brukes til å vurdere egen tjeneste opp mot anbefalingene som angis. Studien foreslår konkrete forbedringsområder for bedre spredning av læringsnotatene.

Utover læringsnotatene som vies stor oppmerksomhet i høringsnotatet ser HOD i stor grad bort fra betydningen en meldeordning har for oversikt over risikoområder, hendelser og nesten-hendelser på et nasjonalt nivå. Dette utgjør et vesentlig kunnskapsgrunnlag for tjenesten selv, men også for den fremtidige undersøkelseskommisjonen for helse og omsorgstjenesten som vil ha stor nytte av meldingene i sitt arbeid med å følge trender og selektere hendelser for granskning, slik loven legger opp til i § 5 i Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten.

Internasjonal forskning dokumenterer utfordringer knyttet til å få rapporteringssystemer til å fungere både på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. HOD's argument om at sykehusene selv skal løse disse oppgavene og at ny Lederforskrift om kvalitetsforbedring vil bidra er heller ikke underbygget med forskningsbasert kunnskap. Det finnes per i dag ikke nok kunnskap om dette, selv om forskning peker

på ledelsesforankring som sentralt for pasientsikkerhetsarbeid. Utover dette er det vesentlig å peke på hva som ligger til grunn for at rapporteringssystemer ikke har klart å ta ut sitt potensiale: 1) dårlig prosessering av hendelser (triagering, analyse, anbefalinger), 2) manglende involvering av leger, 3) utilstrekkelig synliggjøring av handling i etterkant av rapportering, 4) utilstrekkelig finansiering og institusjonell støtte, 5) utilstrekkelig bruk av informasjonsteknologi for å integrere informasjon (Mitchell et al, 2015). Punkt 4 peker på stor grad av underfinansiering av rapporteringssystemer både på nasjonalt og lokalt nivå med dertil manglende evne til å håndtere store volum av hendelser. Ser man den norske meldeordningen i lys av dette kan det stilles spørsmål ved om HOD har istandsatt meldeordningen og Helsedirektoratet til å håndtere rapporteringssystemet på en god nok måte. Vår oppfatning er at ressursituasjonen i seg selv er ikke er grunn nok for avvikling av en ordning.

Til sammen utgjør disse argumentene tilstrekkelig grunnlag for at HOD som ansvarlig myndighet må sette av midler og gjennomføre en systematisk evaluering av meldeordningens effekter for å ha et tilstrekkelig beslutningsgrunnlag.

Referanser:

Hegelstad, A.L. (2016). *Nasjonal meldeordning for uønskede hendelser og læring i sykehus – en case studie om læringsnotaters reise i et sykehus*. Masteroppgave/UIS-SV-IH/2016, Universitetet i Stavanger. Tilgjengelig online: <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/2409446>

Mitchell I, Schuster A, Smith K, et al. (2015). Patient safety reporting: a qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after 'To Err is Human'. *BMJ Quality and Safety*, Vol. 0: pp. 1–8. doi:10.1136/bmjqs-2015-004405