



Representantforslag 5 S

(2011–2012)

fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli

Dokument 8:5 S (2011–2012)

Representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie og Sonja Irene Sjøli om bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Til Stortinget

Bakgrunn

Internasjonale undersøkelser viser at det skjer en uheldig hendelse hos omtrent 10 pst. av alle pasienter som blir lagt inn i somatiske sykehus, inkludert både store og små hendelser. Dette betyr at den totale risikoen er stor. Det er om lag 850 000 innleggelses i somatiske sykehus i Norge årlig. Det betyr at det er omtrent 85 000 uheldige hendelser i året i Norge. Mange av disse har mindre konsekvenser for pasientene. Men altfor mange har store konsekvenser.

En rapport utarbeidet av professor Peter F. Hjort for Sosial- og helsedirektoratet i 2003 viser at det er et betydelig omfang feil og uheldige hendelser i den norske helsetjenesten. Internasjonale tall overført til norske forhold skulle tilsi at såkalte «uheldige hendelser» i helsevesenet årlig fører til 2 000 dødsfall og 15 000 varige skadede pasienter.

Norsk pasientskadeerstatning betalte ut cirka 800 mill. kroner i 2010, og dette tallet har økt hvert eneste år, selv om grunnlaget for å få erstatning er strengt og har utviklet seg lite. Basert på internasjonal forskning kan en anslå de årlige kostnadene ved uheldige hendelser i somatiske sykehus til cirka to mrd. kroner, slik redegjort for i Peter F. Hjorts bok «Uheldige hendelser i helsevesenet» (2007, Gyldendal).

Helsesektoren er spesiell fordi risikoen for en uheldig hendelse er stor på grunn av at aktiviteten i seg selv er risikofull. Dette forsterkes av at det er så mange mennesker som eksponeres for risikoen og at konsekvensen av feil er også ofte svært store. På tross

av denne profilen er det systematiske arbeidet med å sikre kvalitet og redusere risiko mangelfull. Hvis en ser til andre områder i samfunnet, for eksempel transportsektoren og petroleumsindustrien, så vil en finne et helt annet systematisk arbeid som ligger til grunn for å høyne sikkerheten og redusere faren for feil. Dette gjelder både fra myndighetenes side og fra aktørene, selv om det på disse områdene er lavere risiko for skade og færre personer er utsatt for risiko.

Professor Peter F. Hjort ga i 2010, sammen med Den norske legeforening, igjen ut en bok om samme tema, men da med en samling av pasientfortellinger. I boken skriver forfatteren om hensikten med den siste oppfølgeren:

«Jeg føler at denne boken (boken fra 2007) dessverre ikke har klart å skape et gjennombrudd for dette feltet i vårt land og i vår helsetjeneste. Etter mitt skjønn ligger Norge langt bak land som det er naturlig å sammenlikne seg med på dette området, særlig Danmark, Sverige og England. Jeg har selvfølgelig gremmet meg over dette, og derfor bestemte jeg meg for å skrive en ny bok som ikke bare skulle henvende seg til tanken og hjernen, men også til følelsene og hjertet.»

Med bakgrunn i Peter F. Hjorts bok fra 2007 fremmet stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli 20. januar 2009 Representantforslag nr. 29 (2008–2009) om bedre kvalitet i sykehus. Der ble det fremmet forslag om:

«Stortinget ber Regjeringen utarbeide en ny, helhetlig kvalitetsstrategi for sykehusene, herunder

1. Innføre en ordning med kvalitetssertifisering av alle norske sykehus og helseforetak.
2. Utarbeide og publisere flere kvalitetsindikatorer for sykehus, herunder indikatorer for dødelighet og pasientens funksjon før og etter behandling.

3. Utarbeide og offentliggjøre rapporter som sammenlikner kvalitet mellom ulike sykehus, helseforetak og helseregioner.
4. Informasjon om kvalitet må danne grunnlag for oppgavefordeling mellom sykehus for å gi pasientene trygghet for at de får best mulig behandling.
5. Det må utarbeides flere faglige retningslinjer for å sikre behandling av best mulig kvalitet.»

Stortingets flertall bestående av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet valgte å vedlegge representantforslaget protokollen.

I januar 2010 organiserte pårørende som hadde opplevd at en av deres nærmeste hadde dødd som følge av feil i helsetjenesten, seg. De startet et systematisk arbeid med både å fortelle sine historier til media, og ha møter med politikere og myndigheter. Dette arbeidet har gitt resultater.

På bakgrunn av informasjon om deres erfaringer med kontakten med Statens helsetilsyn fremmet stortingsrepresentantene Bent Høie og Sonja Irene Sjøli Representantforslag 106 S (2009–2010) om bedre rettssikkerhet for pasienter. Der ble følgende forslag fremmet:

«Stortinget ber regjeringen fremme forslag til lovendring som sikrer at pasienten, eller den han/hun gir fullmakt, anses som part i saker der vedkommende har anmodet Helsetilsynet om en vurdering av brudd på helsepersonellovens bestemmelser. Lovendringen må sikre at pasienten eller vedkommendes representant har rett til innsyn i sakens dokumenter, samt adgang til å påklage vedtaket fra Helsetilsynet. Det må samtidig innføres regler som beskytter taushetsbelagt informasjon og ivaretar alle parters krav på personvern.»

Selv om dette forslaget også ble nedstemt av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet, sto en samlet helse- og omsorgskomite bak følgende merknad i Innst. 332 S (2009–2010):

«Komiteen mener det bør nedsettes en arbeidsgruppe som gjennomgår praktiseringen av dagens regelverk, herunder vurdere behovet for ytterligere lovbestemt klage- og uttalerett og større mulighet for innsyn i dokumenter.

Komiteen mener alle grep som bedrer pasientsikkerheten er viktig, og ber om at en gjennomgang av praktisering av dagens regelverk gis prioritet.»

Utvalget ble nedsatt under ledelse av Tjaarke Hoppen, og kom med sin innstilling 15. april 2011. Utvalgets rapport er nå på høring, med høringsfrist 1. september 2011. Utvalgets hovedforslag er:

- «Et enstemmig utvalg foreslår at pasienter/pårørende gis utvidet innsyns- og uttalerett i tilsynssaker som behandles av Helsetilsynet i fylket, selv om de i juridisk forstand ikke er 'parter' i saken.
- Et flertall i utvalget foreslår at pasienter/pårørende også gis en klagerett på Helsetilsynet i fylkets

avgjørelse. Mindretallet tror imidlertid ikke på at en klageadgang vil bidra vesentlig til å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten.

- Et enstemmig utvalg foreslår presisering i lovtekst av gjeldende rett som tydeliggjør pårørendes stilling bedre.
- Et enstemmig utvalg foreslår presisering i lovtekst av gjeldende rett om at anmodning om vurdering av pliktbrudd også gjelder systemfeil.
- Et enstemmig utvalg anbefaler departementet om å vurdere om helsetjenesten bør pålegges en plikt til tidlig etter en uheldig hendelse har skjedd å informere pasienter/pårørende om hva som har skjedd, hvorfor det skjedde og hva som gjøres for å hindre at noe lignende skjer igjen.»

På bakgrunn av ytterligere kontakt med Pårørendegruppen – unaturlige dødsfall i norske sykehus, fremmet stortingsrepresentantene Bente Høie, Sonja Irene Sjøli og Laila Dävøy Representantforslag 146 S (2009–2010) om opprettelse av en «havarikommisjon» for helsetjenesten. Der ble det fremmet følgende forslag:

- «1. Stortinget ber regjeringen etablere en prøveordning med en «havarikommisjon» for helsesektoren etter modell fra havarikommisjonen for transportsektoren.
2. Stortinget ber regjeringen om å bygge opp spesialkompetanse i politiet i forhold til etterforskning av saker i helsesektoren.»

Forslaget ble nedstemt av Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet. Dagen før Stortinget skulle behandle forslaget 9. februar 2011, holdt Pårørendegruppen en markering utenfor Stortinget til støtte for forslaget. Samme kveld uttalte statsministeren og helse- og omsorgsministeren at regjeringen skulle sette i gang arbeid med en egen stortingsmelding om kvalitet i helsetjenesten.

Åpenhet om kvalitet i helsetjenesten er avgjørende for å bedre kvaliteten. Det er også viktig å vektlegge den pasientopplevde kvaliteten. Derfor fremmet stortingsrepresentantene Erna Solberg, Bent Høie, Sonja Irene Sjøli og Svein Harberg Representantforslag 9 S (2010–2011) om bedre helsetjenester på nett. Der ble det fremmet følgende forslag:

«Stortinget ber regjeringen utarbeide en handlingsplan for å etablere en offentlig nettbasert helseportal med følgende elementer:

- kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, samt ulike sykdommer og lidelser
- god informasjon om helsetjenesten og ulike helsetilbud
- informasjon om kvalitet og ventetider
- informasjon om pasientrettigheter og instanser som kan bistå med å ivareta disse rettighetene
- mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsetjenesten, eksempelvis timebestilling
- gi pasienten innsyn i sin egen journal, og mulighet for å få informasjon om prøvesvar, henvisninger osv.»

Forslagsstillerne ønsker gjennom dette forslaget å fremme en overordnet strategi og konkrete forslag for å bedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten.

Balansert ledelse

Forslagsstillerne mener at god økonomistyring av helsetjenesten er viktig og riktig. Det er ikke noen motsetning mellom god økonomistyring og god kvalitetsstyring. Men det er heller ikke nødvendigvis en sammenheng som gjør at god økonomistyring gir god kvalitetsstyring. I styringen av helsetjenesten er det nå ikke en balanse mellom økonomistyring og kvalitetsledelse som sikrer pasientens behov for gode og sikre helsetjenester. Dagens ledelse av helseforetakene er preget av at økonomistyring er overordnet og et ledelsesansvar, mens kvalitet og pasientsikkerhet overlates til den enkelte helsefaglig ansatte.

Legeforeningen har i forbindelse med rapporten «Med kvalitet som ledestjerne – Balanserte mål gir god kurs» undersøkt et utvalg av oppdragsdokumenter, foretaksmøter og styremøter i de regionale helseforetakene (RHF-ene). Den gjennomgangen viser at det i perioden 2005–2010 ble stilt langt flere krav til økonomi enn til kvalitet i sykehusene. Gjennomgangen viser at nesten 3 av 5 av RHF-enes styresaker hadde økonomi eller organisasjon som hovedtema. Mindre enn én av ti saker var rene kvalitetssaker.

Forslagsstillerne mener at denne balanserte ledelsen må starte helt på toppen. Helse- og omsorgsdepartementet må gjennom oppdragsdokumentene og styringsdialogen legge like stor vekt på konkrete målsettinger om pasientsikkerhet og kvalitet, som på økonomiske og andre styringsmessige parametre. Blir ikke en slik prioritering tydelig og synlig fra statsråden, vil heller ikke ledelsesnivåene under legge tilstrekkelig vekt på dette.

Stortinget skal orienteres om kvalitet og pasientsikkerhetssituasjonen ved at den årlige tilsynsmeldingen fra Statens helsetilsyn og Pasient- og brukerombudenes landsomfattende årsrapporter omgjøres til en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, etter modell fra Datatilsynets og Personvernemndas årsmeldinger som behandles som stortingsmelding hvert år.

Statens helsetilsyns landsomfattende tilsynsmeldinger om ulike tema i primærhelsetjenesten skal behandles i kommunestyrene.

Skal kvalitet og pasientsikkerhet få sin rettmessige plass i styring og ledelse av sykehusene, må resultater synliggjøres og gjenspeiles i rapporteringen.

Ledelsen på alle nivåer må etterspørre og legge til rette for god kvalitet og pasientsikkerhet. Det skal etableres en balansert oppdragsledelse.

Kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø skal være faste tema i foretaksmøter og på styremøter i

helseforetakene. Sykehusenes kvalitetsutvalg skal få en tydeligere og mer aktiv rolle.

Kvalitetssystemer

Både OECD og The Commonwealth Fund slo i 2009 fast at kvalitetsinformasjon i Norge er begrenset. De mener at Norge ikke har utviklet systemer som sikrer at pasienter, helsepersonell, samfunnet og myndighetene får den informasjonen som er nødvendig for å drive en effektiv helsetjeneste.

Det må utvikles et nasjonalt system for dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring med gode nasjonale kvalitetsindikatorer som kan brukes til styringen av virksomheten.

En kvalitetsindikator kan defineres som en målbar variabel som skal si noe om kvaliteten på et komplekst fenomen, som i seg selv er vanskelig å måle. Indikatorene skal deles inn i tre grupper; struktur-, prosess- og resultatindikatorer. Helsetjenestens rammer, ressurser, kompetanse og utstyr måles i strukturindikatorer. Pasientforløp og om pasientene mottar de helsetjenestene som er beskrevet i prosedyrer og retningslinjer og innenfor vedtatte ventetider og garantier, måles i prosessindikatorer. Overlevelse, pasientopplevd kvalitet, fysisk og psykisk tilstand og infeksjoner er resultatindikatorer.

Kvalitetsindikatorerne er nødvendige for å forbedre kvaliteten, som helsepolitisk beslutningsgrunnlag og virksomhetsstyring og informasjon som grunnlag for pasientenes valg. Kvalitetsindikatorer skal etableres som grunnlag for «benchmarking» av helsetjenesten, både nasjonalt og internasjonalt.

Danmark etablerte i 2000 «Det nationale Indikatorprosjekt» for å overvåke og forbedre de helsefaglige kjerneytelsene ved hjelp av indikatorer. Fra 2004 er resultatene gjort offentlig tilgjengelige på helseportalen www.sundhed.dk. Prosjektet har følgende overordnede mål: Dokumentere og utvikle den helsefaglige kvalitet ved hjelp av sykdomsspesifikke indikatorer og standarder for helsetjenestens kjerneytelser, skape et kunnskapsgrunnlag for dialog med tanke på faglig, ledelsesmessig og politisk prioritering og gi befolkningen innsikt i helsetjenestens kvalitet.

Etter helseforetaksreformen er det utviklet 23 kvalitetsindikatorer i Norge, hvorav 18 som ble etablert under regjeringen Bondevik II.

En forutsetning for å implementere dette optimalt i helsetjenesten uten at det skal kreve for mye tid for helsefaglig personell, er at helsetjenestens «motorvei» i form av IKT infrastruktur fungerer. Det er også en forutsetning at personvernet sikres, blant annet ved hjelp av teknologiske løsninger, slik at befolkningen har tillit til at informasjonen ikke blir misbrukt eller kommer på avveie.

Forslagsstillerne vil legge vekt på at pasientopplevd kvalitet tillegges like stor vekt som andre kvalitetsindikatorer. I forbindelse med feil og uheldige

hendelser er ofte dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient/pårørende årsak til feil, eller at feil ikke blir forhindre. Målinger av pasientenes erfaringer må brukes til lærings- og forbedringsarbeid. I Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 oppga bare 5 pst. av de norske fastlegene at de har rutiner for å motta og gjennomgå data om pasientenes erfaringer og synspunkter.

Det må stilles krav til at avtalepraksiser og fastleger innhenter kunnskap om pasienter og pårørendes erfaringer og bruker dette i kvalitetsforbedringsarbeidet. Staten må sammen med Legeforeningen og pasientorganisasjonene utvikle nasjonale standardprogram for dette slik at det er mulig å sammenlikne praksiser.

Det er i dag 19 medisinske kvalitetsregistre i Norge som har status som nasjonale. Disse er opprettet primært for å kvalitetssikre behandlingen, men har også en viktig funksjon som grunnlag for forskning. Kvaliteten og personvernssikkerheten på de medisinske kvalitetsregistrene varierer. Norske myndigheter har investert 35 mill. kroner i teknologiske løsninger for helseregistre siden 2009. I Sverige er det i samme periode investert 200 mill. kroner. Forslagsstillerne mener det er behov for flere medisinske kvalitetsregistre, det er behov for å øke kvaliteten og investere mer i teknologiske løsninger for å øke bruken og kvaliteten. Et eksempel på betydningen av gode registre er Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft. Registeret har gitt mulighet til å følge opp en ny metode for operasjon av endetarmskreft. Den nye metoden førte til at antall tilbakefall ble redusert fra 28 pst. før 1993, til om lag 8,5 pst. fra 1999. Dødeligheten ble redusert med 30 pst. I tillegg antas metoden å ha spart norske sykehus for om lag én mrd. kroner de siste 10 år, som følge av mindre strålebehandling og mindre bruk av cellegift.

Internkontrollforskriften for helsetjenesten inneholder kun hvilke funksjoner internkontrollen skal ivareta og inneholder ingen standardmal. Virksomhetene i helsetjenesten står derfor svært fritt til selv å velge hvilke prosedyrer og administrative systemer som skal iverksettes for å sørge for god internkontroll. En rekke tilsyn viser at egenkontrollen i helsetjenesten er for dårlig.

Det må etableres standard internkontrollsystemer i helsetjenesten. Disse må bygge på erfaringer fra andre risikoområder, slik som luftfart, petroleumsvirksomhet og næringsmiddelvirksomhet. Prosedyrer, sjekklister og metoder for risikoanalyser bør inngå som elementer i kvalitetssikringssystemet. Det må være rutiner for når det skal gjennomføres sikkerhets- og sårbarhetsanalyser (ROS). Hensikten er å etablere rutiner for å unngå feil og redusere konsekvensene av feil. Det må også etableres sikkerhetsrutiner når ROS-analysen viser at det utføres handlinger med en ikke-akseptabel risiko.

Noen virksomheter i helsetjenesten er nå sertifisert etter ISO 9001-standard. Dette gjelder i hovedsak private sykehus og enkeltavdelinger i den offentlige helsetjenesten. Dette kan føre til økt bevissthet om innhold og hvilke krav som skal følges opp.

Det må innføres en tidsfrist for at helseforetak skal være ISO-sertifisert. Det understrekes at sertifiseringen i seg selv ikke er en garanti for kvalitet. Det er prosessen frem til sertifiseringen som er nyttig, samt måten det følges opp på i etterkant.

Kultur

En balansert ledelse er avgjørende for å skape en god og sikkerhetsfokusert kultur i virksomheten. Åpenhet om at det gjøres feil og konsekvensene av uheldige hendelser er avgjørende for at helsetjenesten skal lære av feil. Det handler også om å være åpne mot pasient og pårørende. Mange pasienter og pårørende som har opplevd feil og uheldige hendelser bruker mye tid og krefter på å få helsetjenesten til å innrømme feilen og få en unnskyldning.

En undersøkelse viser hvorfor pasienter saksøkte helsetjenesten i forbindelse med skader:

Pasientforventninger

Derfor saksøker jeg	Enig %
Så det aldri skulle skje igjen	91,4
Jeg ønsket en forklaring	90,7
Jeg ville at legene skulle forstå hva de hadde gjort	90,4
For at de skulle innrømme at det var skjedd en feil	86,7
For at legen skulle forstå hvordan jeg følte det	68,4
Jeg ønsket økonomisk erstatning	65,6
Fordi jeg var sint	65,4
Så legen ikke skulle komme unna med det	54,7
Det var den eneste måten jeg kunne takle følelsene mine på	45,8
Pga. holdningene til helsepersonellet etterpå	42,5
For å hevne meg på legen	23,2

Lancet 1994 Jun 25;343(8913):1609-13

Pasientenes ønske er en lærende og åpen helsetjeneste. Det er ikke hevn eller økonomi som er hovedbegrunnelsen.

Helsetjenesten må utvikle retningslinjer for hvordan pasienter og pårørende skal møtes etter slike hendelser. Det må også være retningslinjer for hvordan helsepersonell som er involvert, sikres og tas vare på. Åpenhet om feil og uheldige hendelser er kun mulig

i en kultur der det er trygghet for at åpenhet ikke straffer seg.

Pasienter/pårørende må gis status som part i tilsynssaker som behandles av Helsetilsynet og dermed klagerett på Helsetilsynets avgjørelser. Anmodning om vurdering av pliktbrudd skal også gjelde systemfeil. Helsetjenesten må pålegges en plikt til tidlig etter at en uheldig hendelse har skjedd å informere pasienter/pårørende om hva som har skjedd, hvorfor det skjedde og hva som gjøres for å hindre at noe lignende skjer igjen.

Alle virksomheter som tilbyr helsetjenester, må drive systematisk lærings- og forbedringsarbeid.

En god meldekultur er avgjørende for å forbedre helsetjenesten. Hvert år registreres mellom ett og to tusen meldinger til Helsetilsynets meldesentral. Ut fra beregningen av hvor mange uheldige hendelser som skjer i helsetjenesten, er det åpenbart en betydelig underrapportering. Meldekulturen er imidlertid ikke bare avhengig av antallet meldinger, men også kvaliteten på meldingene og hvordan de blir fulgt opp. I Danmark er det registrert betydelig flere meldinger enn i Norge, men kvaliteten på meldingene vanskeliggjør oppfølging.

Stortingsflertallet har nylig etter forslag fra regjeringen foreslått endringer i meldeordningen til Statens helsetilsyn, noe som forslagsstillerne mener vil svekke meldeordningen. Meldeordningen vil bli flyttet til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, og de får varslingsplikt til Statens helsetilsyn når det er grunn til å tro at det foreligger alvorlige systemsvikt. Dette vil frata Statens helsetilsyn innsikt i risikoforhold og kvalitetsarbeidet som utføres i de virksomhetene de har tilsyn ved.

Både Legeforeningen og Statens helsetilsyn har advart mot dette. Begrunnelsen om at den enkelte skal føle seg trygg på å melde uten å oppleve sanksjoner, er det ikke grunnlag for. Kun 1–2 pst. av meldingene underlagt meldeplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, ender med reaksjon mot helsepersonell. Forslagsstillerne mener også at det er et paradoks at når målet er åpenhet om uheldige hendelser, er mer hemmelighold svaret fra regjeringen. De foreslåtte endringene vil også komplisere meldeordningen ytterligere og i verste fall bidra til færre meldinger.

Forslagsstillerne mener at meldingene underlagt meldeplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3, skal overføres til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etter at Statens helsetilsyn har anonymisert meldingene.

Forslagsstillerne mener at det også må etableres en meldeordning for avvik for kommunehelsetjenesten.

En av de største truslene mot en god meldekultur er hvis meldingene ikke fører til endringer, eller at melder ikke får tilbakemelding om oppfølging. Da

vil det oppleves som om melding ikke nytter, men kun utgjør en belastning og risiko.

Havarikommisjon

Den 10. mars 1989 havarerte et fly fra Air Ontario i Dryden, Canada. Om bord var det en besetning på 14, og med 50 passasjerer. Havariet skjedde mindre enn én kilometer fra enden av rullebanen, og 24 mennesker, inkludert begge flyverne, ble drept. Pressens umiddelbare dom var at feilen skyldtes at flyveren hadde tatt av uten at snø og is var blitt fjernet fra vinger og haleflate. «Menneskelig svikt» er det vanlige begrepet i en slik situasjon. En offentlig granskingskommisjon undersøkte ulykken grundig, i den hensikt å få svar på spørsmålet: «Hvordan kunne en kaptein med over 24 000 timers erfaring fra værharde Canada gjøre en slik feil?» Kommisjonens arbeid viste at hovedkonklusjonen var riktig, årsaken var at kapteinen tok av uten avising. Gjennom å samle tilgjengelig kunnskap og systematisere informasjon om situasjonen der mennesker samhandler med komplekse systemer, viste de at denne beslutningen ikke kunne forstås som en isolert handling. Handlingen var et resultat av svakheter og mangler i et system som kapteinen var en del av.

Slik må også feil i helsetjenesten vurderes. Et system som har så stor risiko for at menneskelige feil fører til alvorlige, uheldige hendelser og ulykker kan ikke basere pasientsikkerheten bare på å redusere menneskelige feil. På samme måte som i luftfarten må systemene hindre at menneskelige feil fører til ulykker og alvorlige hendelser. Da er det avgjørende å utrede forhold som antas å ha betydning for pasientsikkerheten i sektoren på en systematisk måte.

Fra 2008 ble det etablert en felles havarikommisjon for transportsektoren. Havarikommisjonen for transportsektoren opererer ved siden av de ulike tilsynsmyndighetene i sektoren og politiet. Kommisjonen kommer også med anbefalinger til tilsynenes og direktoratets arbeid, der dette kan hindre nye ulykker.

Forslagsstillerne mener det er grunnlag for å prøve ut en havarikommisjon for helsesektoren etter modell fra havarikommisjonen for transportsektoren. Statens havarikommisjon for helsesektoren (SHH) skal undersøke alvorlige ulykker og hendelser innenfor helsesektoren. Det gjelder både innenfor området regulert av lov om spesialisthelsetjenesten og innenfor området regulert av lov om kommunehelsetjenesten. Formålet med SHH-undersøkelser er å utrede forhold som antas å ha betydning for forebygging av ulykker i helsesektoren. SHH skal ikke ta stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar. SHH avgjør selv omfanget av de undersøkelser som skal foretas, herunder vurderes undersøkelsens forventede sikkerhetsmessige verdi med hensyn til nødvendige ressurser.

Det bør etableres hjemmel i helselovgivningen som etablerer en plikt for enhver på forlangende å gi de opplysninger han/hun sitter inne med om forhold som kan være av betydning for undersøkelsen til SHH. Dette gjelder uten hensyn til taushetsplikten som ellers påhviler vedkommende. Disse forklaringene kan bare brukes til pasientsikkerhetsmessige formål. Opplysningene som fremkommer under disse forklaringene, kan ikke brukes som bevis mot den som har avgitt forklaringen i en senere straffesak eller tilsynssak mot vedkommende.

SHH skal foreta medisinske og tekniske undersøkelser, samtale med vitner og involverte, og gjennomføre systemundersøkelser og risikovurderinger. Havarikommisjonen skal arbeide for å legge frem uhildede resultater og arbeide på en slik måte at den har tillit i miljøene den foretar undersøkelser i og blant publikum. Havarikommisjonen skal være et eget uavhengig forvaltningsorgan under Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslag

På denne bakgrunn fremmes følgende

f o r s l a g :

I

Stortinget ber regjeringen etablere en mer balansert ledelse av helsetjenesten gjennom

- at oppdragsdokumentene og styringsdialogen skal legge like stor vekt på konkrete målsettinger om pasientsikkerhet og kvalitet som på økonomiske og andre styringsmessige parametre
- at den årlige tilsynsmeldingen fra Statens helse-tilsyn og Pasient- og brukerombudenes landsomfattende årsrapporter omgjøres til en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, etter modell fra Datatilsynets og Personvernemndas årsmeldinger som behandles som stortingsmelding årlig
- at Statens helsetilsyns landsomfattende tilsynsmeldinger om ulike tema i primærhelsetjenesten skal behandles i kommunestyrene
- at kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø skal være faste tema i foretaksmøter og på styremøter i helseforetakene. Sykehusenes kvalitetsutvalg skal få en tydeligere og mer aktiv rolle

II

Stortinget ber regjeringen etablere tydelige og nasjonale kvalitetssystemer i helsetjenesten gjennom

- at det må utvikles et nasjonalt system for dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring med gode nasjonale kvalitetsindikatorer som kan brukes til styringen av virksomheten, etter modell fra Danmark
- at pasientopplevd kvalitet skal tillegges like stor vekt som andre kvalitetsindikatorer. Det skal stilles krav til at spesialisthelsetjenesten og fastlegeten skal innhente kunnskap om pasienter og pårørendes erfaringer og bruke dette i kvalitetsforbedringsarbeidet
- at et utvalg av indikatorer på pasientopplevd kvalitet skal offentliggjøres som grunnlag for pasientenes valg av tjenester
- at det må etableres standard internkontrollsystemer i helsetjenesten. Disse må bygge på erfaringer fra andre risikoområder, slik som luftfart, petroleumsvirksomhet og næringsmiddelvirksomhet
- at det må etableres flere medisinske kvalitetsregistre og satses mer på bedre teknologiske løsninger som hever kvaliteten på registrene
- at alle helseforetakene skal være ISO-sertifiserte innen 2013.

III

Stortinget ber regjeringen arbeide for at det etableres en sikkerhetsfokuseret og lærende kultur i helsetjenesten gjennom

- at helsetjenesten må utvikle retningslinjer for hvordan pasienter og pårørende skal møtes etter uheldige hendelser. Det må også være retningslinjer for hvordan helsepersonell som er involvert, skal ivaretas
- at pasienter/pårørende må gis status som part i tilsynssaker som behandles av Helsetilsynet og dermed ha klagerett på Helsetilsynets avgjørelser
- at anmodning om vurdering av pliktbrudd også skal gjelde systemfeil. Helsetjenesten må pålegges en plikt til tidlig etter at en uheldig hendelse har skjedd, å informere pasienter/pårørende om hva som har skjedd, hvorfor det skjedde og hva som gjøres for å hindre at noe lignende skjer igjen
- at meldingene underlagt meldeplikt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 skal gå til Statens helsetilsyn, før de går videre til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester i anonymisert form
- at det skal etableres en meldeordning for avvik for kommunehelsetjenesten
- at det etableres en havarikommisjon for helsetjenesten.

