

Innkalling til møte

BU Brukerutvalget

Møtetid	31. mai 2023, kl. 12:00
Møtested	Tønsberg sykehus, møterom CA-E1-028

Eventuelle forfall meldes til kachri@siv.no.

Med vennlig hilsen
sekretariatet

Saksliste

Saker til behandling

18/23 Godkjenning av referat fra møte 23. mars 2023	3
19/23 Lokalt forbedringsarbeid i SiV, #Råbra	11
20/23 Hva er viktig for deg-dagen 2023	13
21/23 Årsmelding 2022 for Pasient og brukerombudet	17
22/23 Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser, rapport fra statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgstjenesten.	54
23/23 Saker til kommende møte per mai 2023	100
24/23 Referatsaker mai 2023	102
25/23 Eventuelt 31.05.2023	125



Saksframlegg til BU Brukerutvalget

Møtedato: 31.05.2023

Saksnr: 18/23
Sakstype: Godkjenning
Saksid: 23/00236-35

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Godkjenning av referat fra møte 23. mars 2023

Vedlegg:
Referat møte BU Brukerutvalget 23.03.2023

Hensikten med saken:

Forslag til referat fra brukerutvalgets foregående møte legges fram til godkjenning.

Forslag til konklusjon:

Referat fra brukerutvalgets møte 23. mars 2023 godkjennes.

Tønsberg, 25. mai 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Møtereferat

BU Brukerutvalget

Møtetid	torsdag 23. mars 2023, kl. 12:00
Møtested	Tønsberg sykehus, møterom CA-E1-028
Arkivsak:	22/04059

Deltakere

Anne Elisabeth Frogner	nestleder
Ellen Bente Holtungen	
Anne Forbord	
Leif Larsen	
Fred Tore Henriksen	
Karin H. J. Rysst	
Gunn Tove Havn	Fra Pasient og brukerombudet
Forfall	
Av 8 medlemmer var 6 tilstede	
Erik Hansen	Leder
Henrikke M. B. Kristiansen	Leder Ungdomsrådet

Ellers møtte

Fra administrasjonen møtte	
Stein Kinserdal	Adm. direktør
Katrine Svinterud	referent
Mona Wike, sak 10/23	brukerrådgiver
Ruth Anne Rojahn, sak 11/23	Administrasjonssjef
Anna Gjertsen, sak 12/23	Spesial sykepleier KPA

Det var ingen merknader til innkalling eller saksliste.

SAKSKART			Side
9/23	23/00236-22	Godkjenning av referat fra møte 16. februar 2023	3
10/23	21/02292-7	Brukerundersøkelsen Si din mening	3
11/23	23/00236-23	Rammer og råd for å ta, dele og publisere bilder, film og lydopptak	4
12/23	22/01240-20	Lokalt forbedringsarbeid i SiV, #Råbra	4
13/23	23/00236-4	Administrerende direktørs orientering 23.03.2023	5
14/23	23/00236-21	Saker til kommende møter per mars 2023	5
15/23	23/00236-20	Erfaringsutveksling per 23. mars 2023	6
16/23	23/00236-19	Referatsaker mars 2023	6
17/23	23/00236-24	Eventuelt 23.03.2023	7

Saker til behandling**9/23 Godkjenning av referat fra møte 16. februar 2023**

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	9/23

Hensikten med saken

Forslag til referat fra brukerutvalgets foregående møte legges fram til godkjenning.

Forslag til konklusjon

Referat fra brukerutvalgets møte 16. februar 2023.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt.

Konklusjon

Referat fra brukerutvalgets møte 16. februar 2023.

10/23 Brukerundersøkelsen Si din mening

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	10/23

Hensikten med saken

- Informere om status på arbeidet med å etablere SMS-utsendt versjon av brukerundersøkelsen Si din mening.
- Drøfte og gi innspill til de foreslåtte spørsmålene i undersøkelsen.

Forslag til konklusjon

1. Presentasjon av status i arbeidet med å etablere løsning for SMS-utsendt Si din mening tas til etterretning.
2. Konklusjon om spørsmålene trekkes i møtet.

Møtebehandling

Bukerrådgiver Mona Wike presenterte brukerundersøkelsen Si din mening, tok imot innspill på forslag til spørsmålene i undersøkelsen, 2 medlemmer fra brukerutvalget har også deltatt i prosjektet.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt

Konklusjon

1. Presentasjon av status i arbeidet med å etablere løsning for SMS-utsendt Si din mening tas til etterretning.

2. Innspill til spørsmålene tas med i det videre arbeidet med brukerundersøkelsen, brukerutvalget ønsker å få en oppdatering på den videre framdriften mot publisering av undersøkelsen.

11/23 Rammer og råd for å ta, dele og publisere bilder, film og lydopptak

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	11/23

Hensikten med saken

Presentere for brukerutvalget rammer og råd for å ta, dele og publisere bilder, fil og lyd opptak i møte mellom pasient og behandler ved SiV.

Forslag til konklusjon

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Møtebehandling

Juridisk rådgiver Ruth Anne Rojahn presenterte rammer og råd for å ta, dele og publisere bilder, film og lydopptak.

Hennes presentasjon legges ved utsending av møtereferatet.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt

Konklusjon

Brukerutvalget tar saken til orientering.

12/23 Lokalt forbedringsarbeid i SiV, #Råbra

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	12/23

Hensikten med saken

Presentere for brukerutvalget forbedringsarbeid i SiV som en del av satsning på kompetanseheving og gjennomføring av lokalt forbedringsarbeid i Plan for pasientsikkerhet og kvalitet.

Spesialsykepleier Anna Gjertsen klinikk psykiske helse og avhengighet/ARA vil presentere #Råbra – erfaringer fra Ytre Oslofjordutdanning.

Forslag til konklusjon

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Møtebehandling

Spesialsykepleier Anna Gjertsen klinikk psykiske helse og avhengighet/ARA vil presenterte #Råbra – erfaringer fra Ytre Oslofjordutdanning.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt

Konklusjon

Brukerutvalget tar saken til orientering.

13/23 Administrerende direktørs orientering 23.03.2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	13/23

Hensikten med saken

Administrerende direktørs gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer, som brukerutvalget bør være kjent med.

Forslag til konklusjon

Saken tas til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktør Stein Kinserdal orienterte muntlig om følgende:

- Den økonomiske situasjon ved SiV, herunder ekstratildeling i reviderte nasjonalbudsjett til helse kompensert for høyere lønns -og prisvekst, gir SiV en mulighet til å gå med overskudd og dermed et solid positivt budsjett avvik i 2023. I tillegg redusere foretakets budsjettutfordring for 2024 betraktelig.
- Kort rundt endring/bortfall av ordningen fritt behandlingsvalg.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt

Konklusjon

Saken tas til orientering.

14/23 Saker til kommende møter per mars 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	14/23

Hensikten med saken

Brukerutvalget behandlet i sak 53/22 utvalgets møteplan for 2023, neste møte er torsdag 23. mars 2023, saken legges fram for å oppdatere utvalget på saker til kommende møte med mulighet for innspill til saker/tema til kommende møte, utover de som står der foreløpig. Oppdatering av årsplan legges fra i hvert påfølgende møte.

Forslag til konklusjon

1. Saken tas til orientering.
2. Innspill til saker i møte noteres:

-

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt

Konklusjon

1. Saken tas til orientering.
2. Innspill til saker i møte noteres:
 - Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, rapport om meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser.

15/23 Erfaringsutveksling per 23. mars 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	15/23

Hensikten med saken

Brukerutvalgets medlemmer har i perioden deltatt i:

- Pasientsikkerhetsutvalget
- Forskningsutvalget
- Hovedkvalitetsutvalget
- Klinikkenes kvalitetsutvalg
- Klinisk etikk komite
- Styremøte
- Støttetjenester (OE prosjektet)
- UngArena+
- Akuttkjedeprosjektet i Helsefellesskapet, fagutvalg

Forslag til konklusjon

Saken tas til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt

Konklusjon

Saken tas til orientering.

16/23 Referatsaker mars 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	16/23

Hensikten med saken

Saken gir oversikt over nye, viktige dokumenter som er mottatt siden siste møte i brukerutvalget.

Forslag til konklusjon

Brukerutvalget tar den framlagte referatsaken til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig tiltrådt

Konklusjon

Brukerutvalget tar den framlagte referatsaken til orientering.

17/23 Eventuelt 23.03.2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 BU Brukerutvalget	23.03.2023	17/23

.

Ingen saker ble reist under dette tema.

Møte ble hevet kl. 14.30.



Saksframlegg til BU Brukerutvalget

Møtedato: 12.05.2023

Saksnr: 19/23
Sakstype: Orientering
Saksid: 22/01240-23

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Lokalt forbedringsarbeid i SiV, #Råbra

Vedlegg: ingen

Hensikten med saken:

Presentere for brukerutvalget forbedringsarbeid i SiV som en del av satsning på kompetanseheving og gjennomføring av lokalt forbedringsarbeid i Plan for pasientsikkerhet og kvalitet.

Seksjonsleder nyfødtintensiv Marianne Kaada Tegneby vil presentere innført #Råbra på seksjonen.

Forslag til konklusjon:

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Tønsberg, 25. mai 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør

**Faktagrunnlag:**

Råbra er en avlegger av et britisk initiativ som heter «Learning from Excellence», startet av Adrian Plumpket. Flere publikasjoner på at å fokusere på det positive fungerer. Kalles for «Greatix» (avvikssystemet heter Datix). Marianne Nordhov barnelege ved nyfødtintensiv i Tromsø, er den som har startet kvalitetsforbedringsprosjektet her i Norge.

Det er et medarbeiderdrevet system – alle som jobber sammen kan tildele andre et #Råbra-kort.

Råbra-kortet er personlig (det er ingen konkurranse), og ansatte kan selv velge om man vil dele det med andre. Handlingene skal likevel evalueres og læringspunktene tas med tilbake til kollegaene. Den ansatte som har sendt #Råbra-tildelingen får et takkekort for å ha tatt seg jobben med å «knipe» en kollega på fersk gjerning i å gjøre noe bra.

Vurdering:

Utfordrer janteloven – frykt for å stikke seg ut positivt. Hva med ansatte som ikke får et Råbra-kort? Prøve å skape en god kultur, bygge team og glede over at kollegaer gjør noe bra som andre kan bli inspirert av.



Saksframlegg til BU Brukerutvalget

Møtedato: 31.05.2023

Saksnr: 20/23
Sakstype: Orientering
Saksid: 21/01620-20

Saksbehandler: Mona Wike

Hva er viktig for deg-dagen 2023

Vedlegg:
Program Hva er viktig for deg-dagen 6. juni

Hensikten med saken:

Hensikten med saken er å presentere programmet for Hva er viktig for deg-dagen, og avklare Brukerutvalgets deltagelse i arrangementet.

Forslag til konklusjon:

1. Brukerutvalget tar programmet til orientering.
2. Brukerutvalget deltar i arrangementet med egen stand.

Tønsberg, 25. mai 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør

**Faktagrunnlag:**

Sykehuset i Vestfold har markert Hva er viktig for deg-dagen, hvert år, siden 2018. Tidligere år har markeringen i hovedsak vært rettet mot besøkende, i tillegg til at det har vært en del informasjon ut mot ansatte i forkant av dagen. Dagen har vært benyttet til å hente innspill på hva som er viktig for brukerne, og det har kommet tilbakemeldinger om at mange tror det er det dagen og satsningen handler om. I tillegg har det kommet frem at mange synes det skjer for lite med innspillene som er hentet inn.

Etter innspill fra blant annet Brukerutvalg og Ungdomsråd, er det i år utarbeidet et program for markeringen som i all hovedsak retter seg mot ansatte. Målet for markeringen i år er å inspirere og engasjere, samt informere om ulike satsninger og læringsaktiviteter, for å få alle ansatte til å ha det som er viktig for pasienter og pårørende i fokus.

I tillegg til at det arrangeres foredrag og panelsamtale, vil det settes opp forskjellige stands i vrimleområdet på sykehuset. Brukerutvalget har tidligere uttrykt at de ønsker å delta med egen stand.

Vurdering:

Hva er viktig for deg-dagen er ment å skulle være en fokusdag, der hovedmålet er å påvirke holdningene til alle som jobber for og med pasienter, for å få dem til alltid å ha pasientenes preferanser som utgangspunkt i utvikling av tjenester, behandling og pleie – hver dag - hele året.

En satsning som det nå planlegges for i 2023, der målet er å spre kunnskap om satsninger og tilbud som finnes for å styrke ansatte i møtet med pasienter, er et viktig bidrag for at alle ansatte skal få nødvendig kompetanse og trygghet til å gjennomføre gode samtaler med pasienter og pårørende.

Program

Hva er viktig for deg-dagen 6. juni, 2023

Del 1:

Tid: kl. 10.00-11.00

Sted: Auditoriet

Hva er viktig for deg og andre satsninger i SiV

Opplever du å ha nok kunnskap og ferdigheter i kommunikasjon? -og til å informere, involvere og motivere pasienter i egen behandling?

Det har de siste årene kommet en rekke føringer og forventninger til økt involvering av pasienter og pårørende. En forutsetning for å få til dette er helsepersonells kunnskap, ferdigheter og holdninger innen kommunikasjon og involvering. Ved SiV finnes det en rekke satsninger og opplæringstilbud som handler om god kommunikasjon og involvering av pasienter. I denne delen av programmet vil vi gi en innføring i noen av disse satsningene og tilbudene.

10.00 **Åpning og velkommen, adm.dir Stein Kinserdal**

10.05 **Hva er viktig for deg-satsningen, Anders Vege, Fhi**
Hva er viktig for deg –satsningen er en kulturendring i helsetjenesten, som går ut på å flytte oppmerksomheten fra «hva er i veien med deg?» til «hva er viktig for deg?».
I en travel hverdag kan det være lett å ta beslutninger på vegne av pasienter uten å vite hva som er viktigst for dem. Ved å stille det åpne spørsmålet «hva er viktig for deg?» kan du kartlegge hva pasienten virkelig trenger, ønsker og håper på.

10.10 **Fire gode vaner, Randi Oshaug, instruktør og koordinator og Anders Holm, øyelege**
Fire gode vaner er en arbeidsmetode og en kursmodell for bedre kommunikasjon i klinisk virksomhet, der målet er å trene opp konkrete ferdigheter for at helsepersonell på best mulig måte ivaretar kritisk informasjon i dialogen med pasienter og pårørende.

10.30 **Samvalg, Simone Kienlin, spesialrådgiver HSØ**
Samvalg, også kjent som delte beslutninger eller delt beslutningstaking, er en tilnærming til helsetjenester der pasienter og helsepersonell samarbeider for å ta beslutninger om pasientens helse og behandling.

10.50 **Helsepedagogiske tilbud, Marianne Jacobsen, LMS**
Hva innebærer det og hvor finnes en oversikt over tiltak som kan bidra til å styrke fagfolks helsepedagogiske kompetanse ved SiV?

Kl. 11.00-13.00 Stands i vrimleområdet

11.30 Rectum band spiller i vrimleområdet

Del 2:

Tid: kl. 13.00-15.00

Sted: Personalkantinen

Hva skjer når vi spør pasientene om hva som er viktig for dem?

Sykehuset i Vestfold markerer hvert år "Hva er viktig for deg?-dagen" for å rette fokus på helsepersonell sitt ansvar og rolle i å ha en mer helsefremmende tilnærming i møte med pasienter og brukere. Når helsepersonell spør om dette blir de tvunget til å se pasienter som hele mennesker, det bidrar til å skape en dypere mening for både pasienter og fagfolk.

13.00 **AMK om ny måte å kommunisere på**

v/fagutviklerne Randi Holmar-Ellefsen og Camilla Wike Mørk

De ansatte i AMK har blitt kurset i hvordan man ivaretar innringer på best mulig måte. Kort fortalt handler det om at operatøren tar innringeren på alvor ved å bygge relasjon, drive samtalen og informasjonsinnhentingene videre, og komme bedre i posisjon til å gi adekvat rådgiving og instruksjon.

13.20 **Brukerstemmen, metode og erfaringer, Monica Hofer Hagen, seksjonsleder**

Monica har tatt i bruk en ny metode for å innhente pasienterfaringer i egen seksjon. Metoden er godt egnet for å få inn helt ferske erfaringer, og ofte vil det være små justeringer som skal til for å gjøre pasientopplevelsen bedre.

14.00 **Panelsamtale**

Fagdirektør leder en panelsamtale med representanter fra forskjellige fagområder og pasient. Deltagerne innleder med hver sin historie for å fremheve hvorfor de synes god kommunikasjon med pasienter og pårørende er viktig.

Paneldeltagere:

- *Finn Schjøll, pasient*
- *Rune Sandbu, avdelingssjef og lege*
- *Monica Hofer Hagen, seksjonsleder og sykepleier*
- *Aleksander Edvardsen, overlege KPA*

14.55 **Avslutning, adm.dir Stein Kinserdal**



Saksframlegg til BU Brukerutvalget

Møtedato: 31.05.2023

Saksnr: 21/23
Sakstype: Orientering
Saksid: 23/00236-38

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Årsmelding 2022 for Pasient og brukerombudet

Vedlegg:
Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudet
Oppsummeringspunkter 2022 - Pasient- og brukerombudet i Vestfold

Hensikten med saken:

Pasient og brukerombudet i Vestfold og Telemark, har oversendt felles nasjonale årsmelding om virksomheten i 2022 og med egne oppsummeringspunkter for Vestfold.

Forslag til konklusjon:

Brukerutvalget tar årsmelding 2022 for Pasient og brukerombudet inklusiv oppsummeringspunkter for Vestfold til orientering.

Tønsberg, 25. mai 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør



2022

Årsmelding

Alle kan kontakte Pasient- og brukerombudet for å fortelle sin historie.

Hjelpen fra oss er gratis og du trenger ikke henvisning for å ta kontakt. Vi har taushetsplikt og du kan være anonym om du ønsker det.

Innledning

Norge har et mål om at alle landets innbyggere skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av inntekt og bosted. Vi har en god helsetjeneste og de fleste får den hjelpen de skal ha når de trenger det. Likevel skjer det feil, misforståelser, forglemmelser og neglisjering. Da har vi alle rett til å klage og å melde fra.

Pasient- og brukerombudet har 15 kontor spredt i hele landet og i alle våre fylker. Vi arbeider for å ivareta pasienter og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi jobber også for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Årsmeldingen er skrevet på bakgrunn av våre erfaringer, og de over 17000 henvendelsene vi har fått i løpet av 2022.

På tross av at restriksjonene Covid-19 medførte er fjernet, lever vi med viruset som fortsatt smitter, gir følgeskader, leveringsproblemer og lengre ventelister. Mangel på kvalifiserte ansatte i helse- og omsorgstjenesten er problematisk hver dag, flere steder. Det samme er mangel på nok areal. Budsjettene er stramme på alle nivå. Krigen i Ukraina har ført med seg økte kostnader, også for helse- og omsorgstjenesten. Undersøkelser- og behandlingsmulighetene er økende. Flere sykdommer og plager kan behandles, medisiner blir mer effektive og gir mindre bivirkninger. Forventet levetid øker. Det er vanskelig å akseptere at behandlingsmuligheter finnes, men ikke er tilgjengelig for pasienten.

Våre innbyggere har dessverre ikke lik tilgang til helse- og omsorgstjenester. Bostedsadresse, kjønn, alder og språkferdigheter påvirker hvilket tjenestetilbud du får, hvorvidt og når sykdom oppdages, om du henvises til rehabilitering og hvilke muligheter du får for å leve et fullverdig liv på tross av sykdom og skader. Har du ikke fast bostedsadresse eller Bank-ID, eller ikke håndterer den digitale verdenen, har ikke du samme muligheter som vi andre.

Året 2022 ble et nytt rekordår for Pasient og brukerombudet med over 17368 henvendelser. Spent økonomi i flere år har ført til færre ansatte samtidig som arbeidsmengden har økt, også hos oss. Vi er takknemlige for at økt overføring for 2023 sikrer opprettholdelse av dagens antall ansatte på våre 15 kontor, og fortsettelse i arbeidet med å forbedre våre digitale løsninger.

Vår strategi er at Pasient- og brukerombudet skal tilby likeverdige tjenester uavhengig av bosted, si ifra om svikt, urett og ulikhet, samt å gjøre hverandre gode. Det har påvirket arbeidet vårt i hele 2022. Samarbeid på tvers av kontorene har økt og gjør våre små kontor mindre sårbare. Kunnskap og erfaringer deles og kommer pasienter og brukere til gode.

Jannicke Bruvik

Nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud

Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2022:

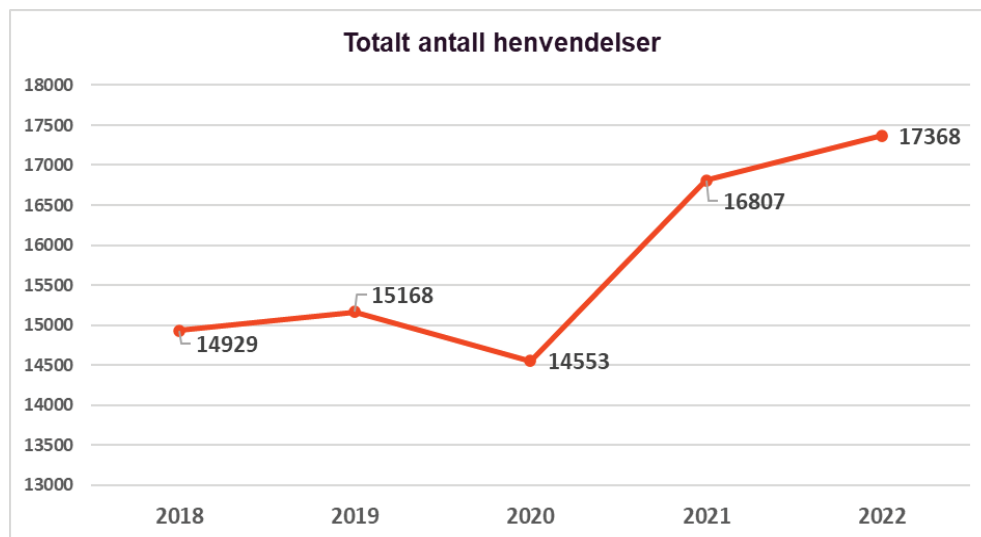
- Mangelen på fastleger har nasjonalt omfang og gir alvorlige konsekvenser for pasientene.
- Psykisk helsehjelp må prioriteres høyere. Det er manglende kapasitet og kvalitet innen psykisk helsehjelp, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Pasientenes rett til likeverdig helsehjelp uavhengig av bosted og livssituasjon blir ikke oppfylt.
- Mangelfulle saksbehandlingsrutiner i kommunehelsetjenesten er en trussel mot pasientsikkerheten.
- Egenandel for unge må fjernes.
- Samhandling mellom avdelinger og tjenestested, uavhengig av nivå, må bli bedre.

Innhold

Innledning	1
Pasient- og brukerombudet trekker særlig dette frem fra 2022	2
Statistikk	4
Statistikk spesialisthelsetjeneste	5
Statistikk kommunal helse- og omsorgstjeneste	6
Våre helseregioner	8
Fastlegekrisen	11
Psykisk helsetjeneste	14
Spesialiserte tilbud og vanskelige prioriteringer	15
Har alle lik tilgang til helse- og omsorgstjenester?	16
Helsekompetanse	16
Kommunikasjon og samvalg	17
Valg av behandlingssted	18
Fristbrudd	18
Klage	20
Barn og unge	21
Pasient- og brukerombudenes fokusområde; Ungdom 16–20 år	21
Ung.no	21
Barn og unges fysiske og psykiske helse	21
Retten til barnekoordinator	22
Avlastning for familier med barn som har funksjonsnedsettelse	22
Egenandeler	23
Samhandling og koordinering av tjenester	24
Samhandling internt på sykehus	24
Samhandling mellom tjenestenivåer og mellom ulike sykehus	25

Statistikk

I 2022 mottok Pasient- og brukerombudet 17368 henvendelser. Det er flere henvendelser enn noen gang tidligere, og en økning på 16 % i løpet av fem år.



Pasient- og brukerombudet fikk flest henvendelser om forhold i spesialisthelsetjenesten. Fordelingen mellom nivåene viser at vi hadde 7198 saker i spesialisthelsetjenesten og 5890 saker i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

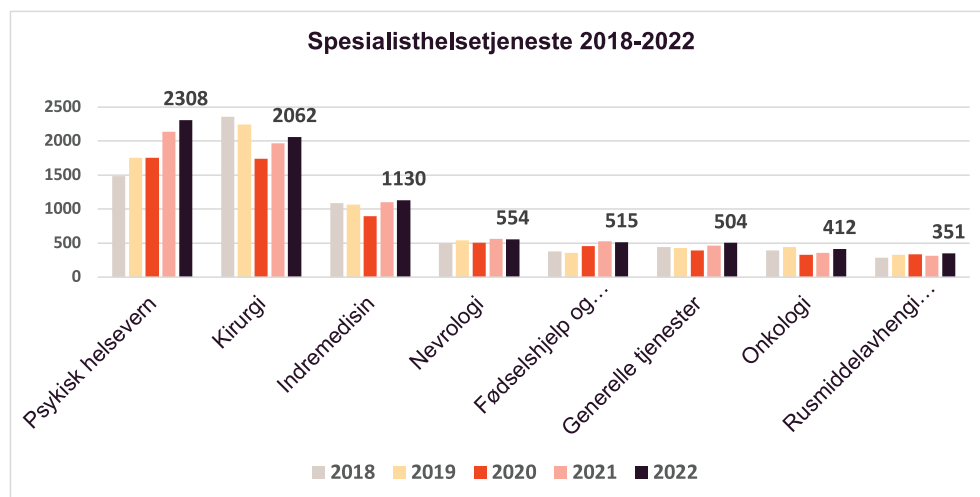


Over 4000 av henvendelsene kunne ikke plasseres på nivå da vi ikke mottok nok informasjon til å kunne plassere saken i en bestemt kommune eller i en virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Vi fikk også henvendelser som lå utenfor vårt ansvarsområde.

Statistikk spesialisthelsetjeneste

Kategorisering av henvendelsene som omhandler spesialisthelsetjenesten viser at vi blir mest kontaktet om forhold innen psykisk helsevern og kirurgi. Antall henvendelser innen psykisk helsevern har økt hvert år de siste fem årene, fra 1485 henvendelser i 2018 til 2308 i 2022. En solid økning med 55 % på fem år. Tradisjonelt har det vært flest henvendelser til oss om kirurgi, men området hadde betydelig nedgang i 2020, noe som sannsynligvis skyldes Covid-19 pandemien. Antall henvendelser innen kirurgi har økt noe de to siste årene, men har likevel ikke nådd samme nivå som før pandemien.

Antall henvendelser innen indremedisin, nevrologi, fødselshjelp og kvinnesykdommer, onkologi og rusmiddelavhengighet og annen avhengighet, har hatt mindre variasjoner de siste fem årene.



Når Pasient- og brukerombudet blir kontaktet vil henvendelsen registreres både på tjenestenivå, sted og årsak til at vi blir kontaktet. Diagrammet under viser kategoriene som oftest var årsak til at vi ble kontaktet i 2022.

I 19 % av sakene der henvendelsen handler om spesialisthelsetjenesten, er det selve behandlingstiltaket som er årsaken. I kategorien "behandlingstiltak" finner vi saker som opplevd pasientskade, feil i behandling eller undersøkelse, eller ikke oppnådd forventet resultat av en behandling. Hele 38 % av denne typen henvendelser kan spores til kirurgi, og da hovedsakelig ortopedisk kirurgi.

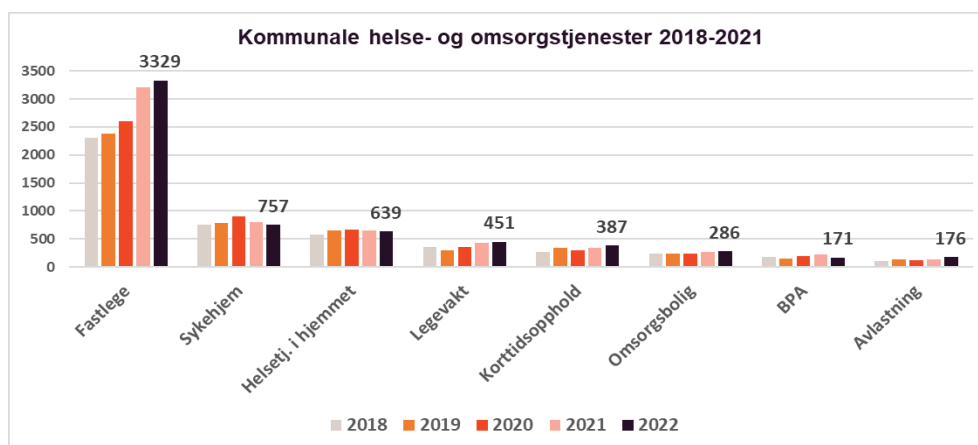
Manglende tildeling av tjenester er hovedårsak til henvendelse i 8 % av sakene i spesialisthelsetjenesten. Spesialiteten psykisk helsevern står for 43 % av henvendelsene der det klages på manglende tildeling av tjenester.

Ved henvendelser grunnet uenighet i, feil eller forsinket diagnostisering, skiller spesialiteten nevrologi seg ut med forholdsvis høy andel. Innen onkologi er det mange som oppgir manglende/dårlig oppfølging som årsak til at de tok kontakt med Pasient- og brukerombudet.



Statistikk kommunal helse- og omsorgstjeneste

Innen kommunal helse- og omsorgstjeneste, får vi flest henvendelser om fastlegetjenesten. Henvendelser av denne typen har økt hvert år siden 2018, og har økt med 44 % fra da til 2022. Hele 49 % av sakene til Pasient- og brukerombudet innen kommunal helse- og omsorgstjeneste er om fastlegetjenesten. Antall saker som omhandler sykehjem, helsetjenester i hjemmet, legevakt, korttidsopphold i institusjon, omsorgsbolig, brukerstyrt personlig assistent og avlastning har hatt mindre variasjoner de siste fem år.

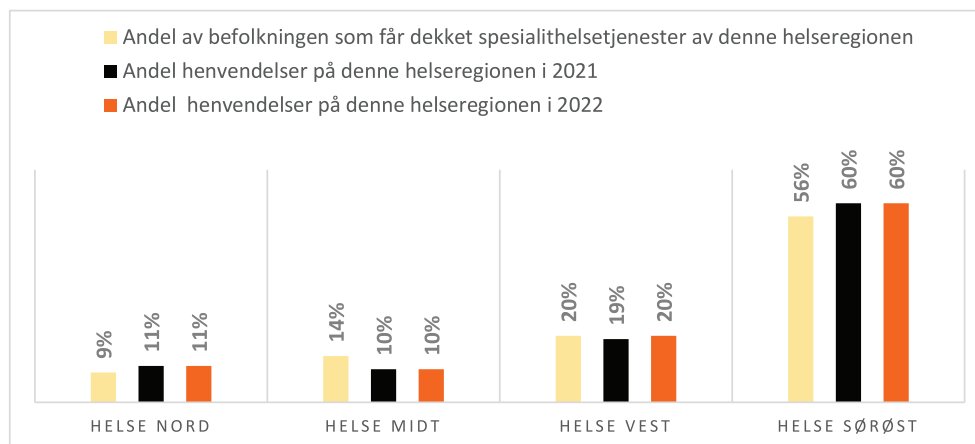


I likhet med spesialisthelsetjenesten er misnøye med selve behandlingstiltaket hovedårsak til at vi blir kontaktet angående forhold i kommunal helse- og omsorgstjeneste. På tross av at legevakttjeneste kun står for 6 % av sakene i kommunal helse- og omsorgstjeneste, står de for 14 % av henvendelsene der selve behandlingstiltaket er hovedårsak til kontakt. Av de som kontakter oss grunnet misnøye med medisinering, kan 73 % av disse henvendelsene spores til fastlegen, selv om fastlegesakene totalt sett står for 44 % av sakene i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Over halvparten av de som kontakter oss grunnet misnøye med oppfølging er misfornøyd med fastlegens oppfølging.



Våre helseregioner

Våre fire helseregioner dekker ulik andel av befolkningen. Andelen henvendelser vi får på de ulike helseregionene følger den andel befolkning som helseregionen dekker. Ingen av regionene utpeker seg når det gjelder antall klager i vår statistikk.



Helse Sør-Øst

I 2022 hadde Pasient- og brukerombudet 4310 saker som handlet om forhold i Helse Sør-Øst. Spesialitetene vi får flest henvendelser på i Helse Sør-Øst er som følger: psykisk helsevern for voksne (36 %), ortopedisk kirurgi (15 %), nevrologi (9 %) og psykisk helsevern for barn og unge (7 %). Dette samsvarer i store trekk med sammensetningen av sakstyper fra tidligere år. Fra 2021 til 2022 har vi imidlertid sett en økning i saker som gjelder psykisk helsevern for barn og unge, onkologi, hjertesykdommer og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Den viktigste årsaken til henvendelser om spesialisthelsetjenester i Helse Sør-Øst er selve behandlingstiltaket. Denne kategorien omfatter for eksempel feil under en operasjon, manglende behandling eller feil vurdering av hastegrad.

Den nest største årsaken gjelder manglende tildeling av tjenester, for eksempel avslag på behandling i spesialisthelsetjenesten. Deretter følger saker knyttet til diagnostisering, ventetid og informasjon. De vanligste årsakene til henvendelse går igjen år etter år, med noen små variasjoner. I 2022 har det blant annet vært en økning i henvendelser der årsaken har vært knyttet til manglende eller dårlig informasjon. Det har også vært en økning i saker om helsepersonells oppførsel og saker om utskriving.

Helse Midt-Norge

Vi mottok 693 saker i 2022 som handlet om Helse Midt-Norge. Antall saker i spesialisthelsetjenesten totalt i regionen har vært omtrent som i 2021, og de spesialitetene vi får flest henvendelser om er psykisk helsevern for voksne

(33 %), ortopedisk kirurgi (14 %), nevrologi (12 %) og psykisk helsevern for barn og unge (8 %).

Den viktigste årsaken til henvendelser om spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge er selve behandlingstiltaket. Nest største årsak er oppfølging, deretter klager på informasjon. Den største endringen fra 2021 ser vi i økning i antall saker som omhandler manglende tildeling av tjenester/avslag. Mer enn halvparten av disse er innenfor psykisk helsevern.

Vi har hatt en økning i antall henvendelser om psykisk helsevern sammenlignet med 2021. Henvendelsene knyttet til barn og unge (BUP) har gått noe ned, og denne nedgangen ser vi i Trøndelag. Manglende tildeling av tjenester/avslag er den årsaken som oppgis hyppigst innen psykisk helsevern, noe som er en endring fra 2021 da hovedårsaken til kontakt med oss var knyttet til selve behandlingstiltaket.

Helse Nord

Pasient- og brukerombudet mottok 749 saker som omhandlet Helse Nord i 2022. Saksomfanget var på samme nivå som foregående år. De største fagområdene var ortopedisk kirurgi (21 %), psykisk helsevern for voksne (21 %), behandling av kreftsykdommer (13 %) og mage-/tarmkirurgi (11 %). Disse fagområdene har over flere år vært mest fremtredende blant sakene som Pasient- og brukerombudet mottar fra helseregionen.

Selve behandlingstiltaket var årsak til hele 43 % av kontakt med Pasient- og brukerombudet som gjaldt Helse Nord. Problemstillingene som ble tatt opp av pasienter og pårørende, var spørsmål om mulig feilbehandling, komplikasjoner, valg og gjennomføring av behandlingstiltak, diagnostikk og pasientforløp som ikke fulgte planen. Spørsmål om informasjon og medvirkning inngikk som en del av de fleste sakene. De omtalte problemstillingene er gjengangere.

Helseregionen er stor, og det er tilsvarende store avstander mellom befolkning og helseforetak og mellom helseforetak. Henvendelsene til Pasient- og brukerombudet viser at samarbeid mellom helseforetakene og reiser i regionen er komplisert. Den vanskelige økonomiske situasjonen i Helse Nord har preget driften til helseforetakene, noe vi ser igjen i henvendelsene til Pasient- og brukerombudet.

Helse Vest

Pasient- og brukerombudet mottok 1445 saker som omhandlet Helse Vest i 2022. Vi fikk flest henvendelser som gjelder psykisk helsevern for voksne (31 %). Deretter ortopedisk kirurgi (15 %), nevrologi (10 %) og mage/tarmkirurgi (10 %). Psykisk helsevern til barn og unge står for 7 % av henvendelsene som gjelder Helse Vest.

Hovedårsak til kontakt med oss var selve behandlingstiltaket med 29 %. Videre har vi en rekke henvendelser som gjelder feil, uenighet i, mangelfull eller forsinket diagnostisering, samt klage på oppfølging og ventetid. Det er små forskjeller i tall sammenlignet med tall fra 2021, men vi ser likevel en økning i kontakt grunnet manglende tildeling av tjenester, som står for 9 % av årsak til at Pasient- og brukerombudet blir kontaktet.

Når det gjelder klage på informasjon som kontaktårsak, er tallet lite prosentvis (6 %), men likevel fordoblet fra 2021. Dårlig eller lite informasjon er en stor utfordring for de det gjelder. Uten god nok forståelse for egen helsesituasjon, behandlingstiltak og videre planer blir pasienten en passiv mottaker av tjenester som kanskje ikke følger opp planlagt behandling.

Fastlegekrisen

Kommunene skal sikre at innbyggerne får nødvendige helsetjenester, herunder fastlege. Kommunens plikt til å sikre at alle har tilgang på nødvendige allmennlegetjenester og får forsvarlig helsehjelp, gjelder uavhengig av om behovet er akutt eller ikke. Med dagens fastlegesituasjon er det flere kommuner som ikke kan tilby fastlege til alle.

Saker om fastlegetjenester, utgjorde 20 % av det totale antallet saker Pasient- og brukerombudet mottok i 2022, det samme som i 2021. Henvendelser som omhandler fastlege utgjør 44 % av alle saker hos oss som gjelder kommunale helse- og omsorgstjenester.

I Rogaland gjelder hele 61 % av de kommunale sakene forhold rundt fastlege, mens Møre & Romsdal ligger lavest der henvendelser om fastlege står for 37 % av sakene innen kommunale helse- og omsorgstjenester. Årsak til henvendelsene om fastlege er i store trekk de samme fra år til år. De vanligste årsakene til at vi blir kontaktet er misnøye eller uenighet rundt behandlingstiltak, medisiner, diagnostisering, henvisning, oppfølging og manglende tilgjengelighet.

Konsekvensene av den nasjonale fastlegekrisen har blitt mer synlig det siste året. Vi blir kontaktet av pasienter som har fått brev fra Helfo om at de er flyttet til en annen fastlege fordi fastlegen deres har sluttet eller på grunn av reduksjon av antallet listepasienter. En del pasienter opplever det tilfeldige uttrekket fra Helfo som svært urettferdig. Vi får tilbakemelding fra pasienter som mener det burde vært en individuell vurdering ved reduksjon av pasientlisten. Det er særlig pasienter med kroniske lidelser og stort behov for god dialog og oppfølging fra fastlege, som synes det er vanskelig å miste sin faste lege. Andre opplever å bli flyttet til en liste uten fast lege. Dersom det ikke er satt inn vikar på denne listen fører det i realiteten til at en står uten fastlege, men kun har et fast fastlegekontor.

Selv om en pasient har fastlege, er det likevel ikke slik at fastlegen alltid er tilgjengelig når pasienten henvender seg. Vi hører om lang ventetid på telefonen, og at første ledige time for konsultasjon først er flere uker frem i tid. Mange av de som er i kontakt med Pasient- og brukerombudet opplever å ikke få fastlegetime innen de fem anbefalte virkedager.

I tilfeller der pasienten ikke har en fast lege, møter pasienter typisk leger som ikke kjenner dem fra tidligere, og som heller ikke har hatt eller tatt seg tid til å sette seg inn i pasientens journal. At dette kan føre til vanskelige situasjoner rundt valg av behandlingstiltak bør ikke overraske noen. Vi hører om tilfeller der påbegynt behandling endres av ny fastlege, uten at pasienten forstår

begrunnelsen. Vi hører fra pasienter som opplever at legen trekker deres helseplager i tvil, og tilfeller der pasientens stemme ikke blir hørt.

Fastlegekrisen er en risiko for pasientsikkerheten. Flere av de som er i kontakt med Pasient- og brukerombudet forteller at de er uten fastlege og derfor har forsøkt å få helsehjelp hos legevakt. Vi hører om tilfeller der legevakten har avvist pasienten med begrunnelse om at sykdomstilfellet ikke er akutt nok, og at de derfor ikke er en oppgave for legevakten. Kommunen ivaretar da ikke sitt ansvar med å sikre alle som oppholder seg i kommunen forsvarlig helsehjelp, og risiko for at alvorlig sykdom ikke oppdages er økt.

Som følge av manglende fastlegedekning har mange kommuner opprettet lister uten fastlege der listene ivaretas av en til flere vikarleger. En kartlegging utført av Allmennlegeforeningen viste at 1 av 24 pasienter stod på slik liste per 01.09.2022. Pasienter som ikke har fast lege over tid har større risiko for legevaktbesøk, akutte sykehusinnleggelser og tidlig død. Dette sier noe om fastlegens betydning for folkehelsen. Fastlegekrisen rammer særlig de pasientene som har sammensatte og/eller langvarige lidelser, og som har et spesielt stort behov for kontinuitet og oppfølging over tid.

Mangelfull fastlegedekning og lange ventelister gir begrenset mulighet til å velge fastlege, slik pasient- og brukerrettighetsloven stadfester. I dag kan en fastlege ha flere års ventetid, og i mange kommuner finnes det ikke leger med ledige plasser. Det gjør at retten til å velge fastlege ikke er reell for mange pasienter.

Pasient- og brukerombudet er særlig bekymret for de mest sårbare pasientene som står uten fastlege, og heller ikke har råd til å kjøpe private helsetjenester. Dagens fastlegesituasjon kan føre til at de som ikke har midler til å skaffe nødvendig helsehjelp, får mangelfull oppfølging og dårligere helse enn andre.

Pasient- og brukerombudet erfarer flere steder at det er mangelfull informasjon til innbyggerne om både situasjonen på fastlegekontorene og mulige løsninger for å få legehjelp. Vi har blant annet etterspurt mer og bedre informasjon til innbyggerne om hvor pasienter kan få legetime når de ikke har fastlege. Vi erfarer store ulikheter hos kommunene for hvordan de sikrer innbyggerne nødvendig informasjon. Mangelfulle systemer fører til en risiko for at pasienter uten fastlege ikke fanges opp og ivaretas.

Pasient- og brukerombudet ble kontaktet av en person som hadde hatt seks forskjellige fastleger de siste tre årene. Vedkommende var sykemeldt fra arbeidet sitt og ventet på utredning. På grunn av manglende kontinuitet i oppfølgingen og ulike syn på pasientens symptomer gikk det mange måneder uten at pasienten ble utredet. Vedkommende valgte til slutt å benytte seg av et privat tilbud, der det ble sendt henvisning til utredning i spesialisthelsetjenesten. Dette førte til at pasienten fikk utført nødvendig operasjon kort tid etter.

En døende pasient på sykehjem fikk ikke tilstrekkelig palliativ behandling fordi sykehjemslegen hadde sluttet, det var ingen leger tilgjengelig noe sted, legevakt hadde ikke kapasitet og til slutt måtte sykehjemmet ringe 113. Ved hjelp av ambulanse og en sykehuslege som ikke kjente pasienten fikk pasienten foreskrevet nødvendige medikamenter. Pasienten hadde store lidelser de timene dette pågikk.

På tross av mange dystre eksempler på dårlig fungerende systemer og mangelfulle tjenester, er det viktig å understreke at det også gjøres mye bra for å finne løsninger, og at det jobbes kontinuerlig med å skaffe forsvarlige legetjenester til alle.

Psykisk helsetjeneste

Pasient- og brukerombudet har de siste årene hatt en økning i henvendelser innen psykisk helsehjelp. Også i 2022 var psykisk helsehjelp det området vi mottok flest henvendelser på i spesialisthelsetjenesten. I år utgjorde utfordringer innen psykisk helsehjelp hele 28 % av alle sakene våre.

Vi blir kontaktet av pasienter eller pårørende som forteller om at de har fått avslag på søknad om psykisk helsehjelp. Psykisk helsetjeneste står for en høyere andel klager på manglende tildeling av tjenester enn de andre spesialitetene i spesialisthelsetjenesten. Vi hører om mangel på døgnplasser og mangel på poliklinisk kapasitet. Antall henvisninger ser ut til å ha økt uten tilsvarende økning i kapasitet. Pasienter og pårørende opplever at pasientene må bli enda sykere før de får hjelp i spesialisthelsetjenesten, og at kommunen i mellomtiden ikke har tilpassede tilbud. Vi blir også kontaktet av pasienter som opplever at behandlingen i spesialisthelsetjenesten avsluttes for raskt.

Lang ventetid er en utfordring, og flere av de som kontakter oss oppgir at de ikke får benyttet seg av retten til fritt behandlingsvalg. Fra 1.1.2023 vil ikke lenger virksomheter med Helfo-avtale være tilgjengelig for valg, som et resultat av endring i lov om valg av behandlingssted. Om eller hvilke konsekvenser dette vil få vet vi ikke ennå, men vi er bekymret for at pasientene i ulike deler av landet ikke vil få likeverdige tilbud.

En stor del av sakene vi får som omhandler psykisk helse er knyttet til selve behandlingen. Flere steder i landet mangler tjenesten kvalifiserte behandlere. Det får konsekvenser for kvaliteten på tilbud til flere diagnosegrupper. Enkelte pasienter opplever både hyppig bytte av behandlere, at utredningen og oppfølgingen ikke blir god nok og at de skrives ut for raskt etter innleggelse.

Pasient- og brukerombudet har flere saker der samhandling og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har sviktet, og der det ikke har blitt gitt tilbud om kontaktleger, koordinator og Individuell plan.

Det er en økende bekymring at flere pasienter ikke har oppfølging fra fastlege samtidig som det er mangel på godt utbygde tjenester til pasienter med psykiske lidelser i kommunene. Det er store variasjoner på hvilke tilbud som finnes i kommunene, og forskjellene er store mellom by og land. For eksempel er det flere kommuner som ikke har lavterskeltilbud som rask psykisk helsehjelp, eller tilgang til oppfølging fra ACT/FACT-team for de med mer alvorlig og sammensatt psykisk sykdom. Flere kommuner mangler tilbud om oppfølging/bistand på kveld og natt, og pasientene blir henvist til legevakt når de opplever en forverring eller trenger noen å snakke med. Forskjellene setter retten til et forsvarlig og likeverdig tilbud på prøve.

I flere av sakene våre snakker vi med pårørende som er slitne, og som forteller om stor omsorgsbyrde. De får ikke ivarettatt sine rettigheter i tilstrekkelig grad, og blir ikke alltid anerkjent som den ressursen de er for pasienten. Psykisk uhelse hos en pasient påvirker livet og helsen også til de pårørende på en negativ måte, og flere blir sykemeldte selv eller får økonomiske utfordringer.

Spesialiserte tilbud og vanskelige prioriteringer

Kvaliteten på tjenester innen psykisk helsevern er avhengig av god samhandling mellom nivåene, tilstrekkelig og relevant kompetanse, og god koordinering for den enkelte pasient.

Flere av de lokale kontorene hos Pasient- og brukerombudet har opplevd en økning i antall henvendelser fra voksne med ADHD-symptomer som får avslag på henvisning til DPS. Avslaget er gjerne begrunnet med at symptomene ikke er alvorlige nok, og at de "fungerer for godt". Dette står i sterk kontrast til pasientens egen opplevelse av funksjonsnivå. Pasienter risikerer å ikke få behandling verken i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten dersom de to nivåene gjør ulike vurderinger mht. alvorlighetsgrad og hvor pasienten bør behandles. Samhandling og kommunikasjon mellom nivåene vil være viktig for å trygge pasientsikkerheten.

Pasient- og brukerombudet erfarer at det flere steder i landet er mangel på tilbud til grupper som trenger enheter med spesialkompetanse, eksempelvis alvorlige spiseforstyrrelser og autismespekterforstyrrelser. Vi er opptatt av at tjenestene må jobbe sammen for å nyttiggjøre seg kompetansen som finnes på en slik måte at den kommer pasienter over hele landet til gode. Dette vil kreve innovativ tenkning og samhandling, men vil være viktig for å sikre et forsvarlig og likeverdig helsetilbud, uavhengig av hvor i landet man bor.

Vi har flere pasienter og pårørende som kontakter oss fordi de mener pasienten skrives ut for tidlig fra spesialisthelsetjenesten, og fordi de mener kommunen ikke har tilstrekkelig kompetanse eller kapasitet. Tilbakemeldingene Pasient- og brukerombudet får, samsvarer med Riksrevisjonens rapport fra 2021 der de undersøkte psykiske helsetjenester.

Har alle lik tilgang til helse- og omsorgstjenester?

Når vi rammes av sykdom, er det viktig for oss å få helsehjelp til riktig tid, på riktig sted, gitt av kvalifisert helsepersonell. Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rettigheter som skal sikre et forsvarlig pasientforløp, helt fra første kontakt med helse- og omsorgstjenesten, via undersøkelser, behandlinger, rehabilitering, kontroller og kommunale tjenester. Alle skal ha lik tilgang til helse- og omsorgstjenester, uansett bosted eller livssituasjon.

Helsekompetanse

For å få tilgang til et likeverdig helse- omsorgstjenestetilbud, er kunnskap om rettigheter og klageregler avgjørende. I takt med at informasjonen blir mer digitalisert og lettere tilgjengelig, øker også forventningene om at pasienter, brukere og pårørende selv finner den informasjonen de har behov for. Helsekompetanse handler om å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon. Her står individets ressurser, evner og forutsetninger på den ene siden og helsesystemets kompleksitet på den andre siden. Dersom systemene vi manøvrerer i er komplekse, vil selv den mest kompetente personen ha lav helsekompetanse.

Vi har i dag en helseforvaltning med mange virksomheter og ulike oppgaver på flere nivå. Det store antallet henvendelser til Pasient- og brukerombudet, viser at det for mange er krevende å finne frem til og nyttiggjøre seg de ulike tjenestene. I et pasientforløp er det mange situasjoner hvor helsekompetanse har betydning.

Pasienter beskriver til oss at de ikke vet hvilket behandlingsforløp som er planlagt for dem, hvem de skal forholde seg til når de har spørsmål, hvor mange utsettelse eller forsinkelser de må akseptere, hvordan de kan gå fram dersom de vil protestere, hvilke alternativ som er aktuelle og tilgjengelige for dem, og hvilke konsekvenser de ulike situasjonene og valgene kan få.

Pasient- og brukerombudet blir fortalt historier der pasienter og brukere opplever at de ikke har fått den informasjonen som er nødvendig for å sikre reell medvirkning. Typiske situasjoner oppstår ved endringer underveis i et pasientforløp, der informasjonen gitt på forhånd ikke lenger stemmer og oppdatert informasjon uteblir.

Eksempler på problemstillinger der manglende helsekompetanse og manglende informasjon er en av årsakene til kontakt med Pasient- og brukerombudet:

- Det tar lang tid å få svar på henvisning til spesialisert helsehjelp.
- Det er usikkerhet knyttet til hvilken helsehjelp som er aktuell eller tilgjengelig for pasienten.
- Pasienten får oppgitt en ventetid som oppfattes å være standardisert og ikke vurdert opp mot den enkelte pasient sin helsetilstand og livssituasjon.
- Kapasitetsutfordringer oppgis som begrensning uten at det kommuniseres hvorvidt dette er forsvarlig ut fra pasientens individuelle behov.
- Pasienten blir ikke informert om hvilke handlingsalternativer som finnes.
- Det settes ikke av tilstrekkelig tid til å informere eller trygge pasientene og deres pårørende når det oppstår uforutsette situasjoner, for eksempel ved lang tid for tolkning av billeddiagnostikk.
- Pasienter opplever at de blir "flyttet" mellom sykehus i regionen uten at de blir informert eller har gitt samtykke til dette.
- Saksbehandling i kommunehelsetjenesten følger ikke regelverket, og pasientene kan miste viktig informasjon og klagemulighet.

Helsepersonell har plikt til å informere pasientene og brukerne om hvilke rettigheter de har. Vi erfarer imidlertid at organisatoriske forhold i helse- og omsorgstjenesten, manglende kjennskap til, forståelse av, respekt for eller etterlevelse av pasient- og brukerrettighetene kan skape utrygghet, frustrasjon, mistillit, og for noen et lengre sykdomsforløp enn nødvendig.

Vi har en befolkning med store variasjoner i helsekompetansen. Det fører til sosiale ulikheter der pasienter med god helsekompetanse lettere får tilgang til den helsehjelpen de mener de har behov for.

Kommunikasjon og samvalg

Pasient- og brukerombudet mottar mange henvendelser om vanskelig kommunikasjon, og mye misnøye over helsetjenesten kan spores tilbake til kommunikasjonssvikt. Det kan være for lite, for sen, for uklar kommunikasjon eller en kombinasjon av disse.

Retten til medvirkning er en lovfestet rett, og henger nært sammen med kommunikasjon, retten til informasjon og helsekompetanse. Medvirkning omtales gjerne som "samvalg" av helseforetakene. Samvalg er aktuelt i medisinske og helsefaglige beslutninger som innebærer valg mellom flere tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer, der pasientens egne prioriteringer er viktige. Samvalg skal sikre at helsepersonell gir tilstrekkelig, presis og relevant informasjon om hva pasienten kan forvente av alternativene, og helsepersonell får kunnskap om hva som er viktig for pasienten.

God kommunikasjon er en forutsetning for å kunne gi forsvarlig og nødvendig helsehjelp. God kommunikasjon kjennetegnes ved at pasienten føler seg forstått og at problemene tas på alvor. Tidspress, konsultasjoner som avbrytes av telefoner og fokus på tekniske hjelpemidler fremfor pasienten, kan ødelegge kommunikasjonen. Dårlig kommunikasjon skaper utrygghet hos den enkelte, svekker tilliten og kan utgjøre en pasientsikkerhetsrisiko.

Valg av behandlingssted

En viktig pasientrettighet er retten til å velge behandlingssted.

Flere pasienter som ønsker å bruke denne rettigheten, opplever at valgfriheten er begrenset. De opplever avslag på behandling ved andre sykehus enn sitt lokalsykehus både innenfor egen helseregion og spesielt i andre helseregioner. Begrunnelsen for avslag er gjerne at behandlingsstedet må prioritere pasienter innen eget ansvarsområde. Fastleger opplyser at det er bortkastet å sende henvisning til annet helseforetak fordi de returneres med beskjed om at henvisningene må sendes lokalt sykehus. Gjestepasientbudsjettene påvirker muligheten til å velge annet behandlingssted.

Pasient- og brukerombudet får henvendelser som bekrefter at pasientene i for liten grad informeres om retten til å velge behandlingssted. De vet ikke hvordan de skal gå frem for å velge eller bytte behandlingssted, og de får ikke alltid informasjon om at det er klagerett på et eventuelt avslag.

De tre eksemplene under er typiske historier vi blir fortalt:

- Pasient som mottar behandling ved et sykehus på et høyere behandlingsnivå, overføres til sitt lokalsykehus basert på bosted, uavhengig av om pasienten ønsker dette eller ikke. Helsepersonell forteller om en oppfatning internt i sykehusene at dette er en instruks som ikke skal fravikes.
- Pasienter bosatt i områder hvor det ikke er samme tilgang på spesialisert helsehjelp som i andre deler av landet, avvises fordi de tilhører "feil" helseregion.
- Henvisninger som sendes til annet sykehus enn pasientens lokalsykehus, returneres til henviser uten at informasjon om klagerett eller begrunnelse oppgis.

Fristbrudd

Mange pasienter står lenge i kø og venter på undersøkelser, behandling, kontroller eller rehabilitering. Det er store kapasitetsproblemer flere steder. For å utnytte kapasiteten bedre, og redusere ulikhetene mellom de som står i de ulike helsekøene, er det etablert et tiltak gjennom fristbruddordningen. Dersom sykehusene ikke får gitt pasientene et behandlingstilbud innen frist, foreligger det et fristbrudd, og sykehusene pikter å melde fra til Helfo. Helfo skal håndtere kontakt med pasientene og formidle behandlingstilbud ved et annet sykehus.

Vi erfarer at sykehusene i varierende grad melder fra til Helfo om disse fristbruddene. Av de meldte fristbrudd til Helfo synes det dessuten å være et begrenset antall pasienter som gjennom denne ordningen faktisk gjennomfører behandlingen ved annet behandlingssted enn der de står i kø.

Pasienter vi er i kontakt med er utrygge på konsekvensene av å gå ut av en kø og over i ny kø, og de frykter økt belastning dersom pasientforløpet ikke blir som forventet på et sykehus lenger unna. Skal fristbruddordningen fungere etter hensikten må tjenestene følge opp sine plikter og pasientenes rettigheter i langt større grad enn hva vi ser i dag. Pasientene må informeres om ordningen på en måte som gjør at de får mulighet til å påvirke egen situasjon.

Dersom retten til informasjon og rett til samvalg ikke oppfylles, rett til valg av behandlingssted og muligheten til overføring til annet sykehus ved fristbrudd ikke fungerer tilstrekkelig eller er reelle rettigheter for pasientene, har ikke befolkningen lik tilgang til helsetjenester. Helsemyndighetene må gjennom sine styrende dokumenter stille krav til helseforetakene om at de sørger for at disse rettighetene blir oppfylt, uavhengig av helsekompetanse, bosted og livssituasjon. Ordninger som ikke fungerer etter sin intensjon, må revideres og eventuelt erstattes av mer målrettede og effektive tiltak.

Klage

Dersom en pasient blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette av helsetjenesten selv. Det er lovfestet at pasienten samtidig skal informeres om muligheten for å søke erstatning hos Norsk Pasienterstatning (NPE), samt om muligheten til å henvende seg til Statsforvalter og be om tilsyn. Det er også lovfestet at pasientene skal informeres om muligheten til å henvende seg til Pasient- og brukerombudet.

Informasjon om klagemuligheter og hvordan gå frem for å klage, kan være vanskelig tilgjengelig. Det er viktig at informasjon gis muntlig og skriftlig. Både spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste bør legge til rette for en enkel, lavterskel løsning for å klage på sine nettsider, og sikre at samme informasjon er tilgjengelig for de ikke-digitale. Det bør også opplyses om hva en kan oppnå ved å klage.

I kombinasjon med mangelfull informasjon om klager og klagebehandling, blir en viktig rettssikkerhetsgaranti satt på spill når kommuner ikke følger offentlige saksbehandlingsrutiner godt nok. Pasient- og brukerombudet mener flere kommuner har for dårlige saksbehandlingsrutiner. I tillegg er det stor variasjon fra kommune til kommune. Saksbehandlingsreglene i forvaltningsloven følges ikke godt nok i flere saker vi er kjent med. De viser at muntlig saksbehandling, lang saksbehandlingstid, mangel på forsvarlig utredning og medvirkning, vurderinger og begrunnelser, mangel på lovhenvisninger, og at klager ikke sendes videre til Statsforvalter, er feil som gjentar seg. Når ikke reglene for formell saksbehandling i kommunene blir fulgt, utgjør dette en trussel for pasientsikkerheten. Dersom kommunen selv ikke kjenner til eller praktiserer regelverket, hvordan sikre at pasienter og pårørende ivaretatt sine rettigheter?

Pasient- og brukerombudet bistår i en del klager som omhandler ugrei oppførsel hos helsepersonell. Sakene handler for eksempel om situasjoner der pasienten opplever at spørsmål oppfattes som personlig kritikk overfor helsepersonellet, og responderer med forsvar eller avvisning. Vi ser også at kritikk eller klager fra pasienter og pårørende kan møtes med "skinn-beklagelse" der pasientens opplevelser beklages, fremfor å beklage at helsepersonellet ikke klarte å gjøre jobben på en slik måte at pasienten opplevde seg godt ivaretatt og trygg. Ikke sjelden ser vi at en uheldig hendelse eller uheldig samtale forklares med dårlig tid.

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukere kan være et verdifullt bidrag til at helsepersonell blir enda bedre på å se resultatet av det de gjør og hvordan deres kommunikasjon oppleves for pasientene. På denne måten kan man i større grad lykkes i å nå målet om å gi alle trygge og forsvarlige tjenester. En god samtale tar ikke nødvendigvis lenger tid enn en dårlig samtale.

Barn og unge

Pasient- og brukerombudenes fokusområde; Ungdom 16–20 år

I 2021 og 2022 hadde Pasient- og brukerombudet økt fokus på barn og unge, både for å gjøre oss kjent med brukergruppen og deres utfordringer, i tillegg for at de skal kjenne til oss for å få hjelp ved behov. Valget ble gjort fordi denne aldersgruppen i liten grad tar kontakt med oss på egne vegne. Den helserettslige myndighetsalderen er 16 år, noe som betyr at ungdom som har fylt 16 år har rett til å få informasjon og ta avgjørelser om egen helse.

Vi har vært i kontakt med en rekke instanser som jobber tett med ungdom, som helsesykepleiere, psykologer, videregående skoler, mobbe- og elev- og lærlingeombud, ungdomshelsestasjoner, ungdomspolitikere, habiliteringstjenester og ulike brukerorganisasjoner. Det har også vært avholdt møter med ungdomsrådene i spesialisthelsetjenesten, i flere kommuner og ungdomsråd i ulike pasientorganisasjoner. Det er også etablert et samarbeid mellom Pasient- og brukerombudet og ulike regionale elev-lærling og mobbeombud.

Kontaktpunktene og samarbeidet har gitt oss viktige innspill på hva ungdom opplever som vanskelig og problematisk om helse, sykdom og oppfølging fra helsetjenesten.

Ung.no

Pasient- og brukerombudet startet et formelt samarbeid med UNG.no høsten 2021. I dag er vi etablert som en del av nettsidens svartjeneste med en tverrfaglig gruppe på seks medarbeidere fra flere av våre lokalkontor. I 2022 besvarte vi over 120 ulike helserettslige spørsmål som ungdommer har sendt inn via nettsiden. UNG.no hadde i 2021 i overkant av 21 millioner besøk, og fikk inn 104.000 spørsmål fra barn og unge. Vi ser på Ung.no som kanskje den viktigste plattformen Pasient- og brukerombudet kan være tilsluttet for å komme i kontakt med ungdom.

Barn og unges fysiske og psykiske helse

Kapasiteten i kommunene er ikke alltid stor nok til å komme i gang med tiltak for unge som har det vanskelig på et tidlig tidspunkt, og problemer kan rekke å vokse seg store før de blir tatt tak i. Kroniske lidelser og sykdom med sammensatte behov krever samhandling og tjenester fra ulike nivå i helsetjenesten. Det kreves planlegging og samarbeid slik at tilbudet til pasienten blir koordinert og helhetlig. Vi ser at dette ikke alltid blir gjort. Unge forteller om lange ventetider, mangel på samhandling og koordinering av helsetilbudet og mangel på individuell plan.

Noen barn og unge trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten, mens andre kan bli godt hjulpet uten spesialiserte og diagnosebaserte tjenester. Lavterskeltilbud

nærme der de unge befinner seg, kan gi raskere respons og økt mulighet for tilpasning og tilrettelegging.

Pasient- og brukerombudet får tilbakemelding om for lite ressurser til å dekke barn og unges behov. Få døgnplasser for ungdom gjør det vanskelig å komme raskt til behandling. Ungdom opplever at kriseteamet de er i kontakt med stenger ned i ferier slik at de i perioder står uten støtte.

Det er mangel på helsepersonell med kompetanse innen barne- og ungdomspsykiatri i hele landet. Vi er bekymret for at kommuner ikke er godt nok i stand til å forebygge eller behandle lidelser, fordi de ikke har nok personale og riktig kompetanse.

Pasient- og brukerombudet erfarer et økende antall henvendelser der henvisning til BUP er avvist. Barn og unge er ekstra utsatt og sårbare for brudd i behandlingsrelasjoner, utsettelse og lite forutsigbarhet. Forsinkelser kan få store konsekvenser for helsetilstand, familien som helhet, i tap av skolegang og sosiale relasjoner. Pasienter får avbrudd i utredning og behandling ved ferieavvikling og sykefravær der det ikke settes inn vikar. Noe som kan bety at de unge mister tillit og motivasjon for behandling i BUP, og at de indirekte fratas helsehjelp de er vurdert å ha behov for.

Retten til barnekoordinator

Pasient- og brukerombudet erfarer i flere tilfeller at familier som har barn med funksjonsnedsettelse, selv må finne ut av tjenestene som finnes, og hvilket regelverk som gjelder for deres situasjon. Ment til å hjelpe disse familiene, har det kommet en ny rettighet til barnekoordinator, hjemlet i Pasient- og brukerrettighetsloven.

Til forskjell fra en vanlig koordinator vil en barnekoordinator i tillegg til å koordinere helse- og omsorgstjenester, også koordinere mot andre velferdstjenester. Pasient- og brukerombudet mener at informasjon om rett til barnekoordinator og innholdet i denne tjenesten ikke er godt nok kjent.

Avlastning for familier med barn som har funksjonsnedsettelse

Pasient- og brukerombudet erfarer at tilbudet som gis til brukere av kommunale tjenester varierer geografisk, og ikke er i tråd med at brukere skal sikres likeverdige tjenester av god kvalitet uavhengig av hvor man bor. Vi ser at flere kommuner mangler egne barneboliger som kan brukes ved behov for avlastning. Noen kommuner kjøper tilbud i andre kommuner, med den konsekvens at barnet under avlastning bor langt unna foreldrene.

Egenandeler

Unge mellom 16 og 18 år betaler egenandel hos legen. Dette gjør det vanskelig å kunne oppsøke helsehjelp uten å måtte spørre foresatte om penger til å betale for helsehjelpen. Antall besøk hos fastlegen stuper etter fylte 16 år, noe som ikke nødvendigvis speiler de unges behov for helsehjelp. Vi mener at mange unge ikke har en reell mulighet til å få helsehjelp uten foresattes viten. Det er viktig å revurdere regelverket for egenandeler for å sikre de unges rett til nødvendig helsehjelp.

Samhandling og koordinering av tjenester

Pasient- og brukerombudet får hvert år stadig henvendelser om manglende koordinering både internt på sykehusene og mellom sykehus og kommunale tjenester.

Samhandling internt på sykehus

Rundt 10 % av sakene vi mottok i 2022 om spesialisthelsetjeneste, gjaldt manglende eller dårlig oppfølging og mangelfullt internt samarbeid.

Vi erfarer at sviktende informasjonsflyt, manglende kontinuitet og uklare ansvarsforhold er medvirkende årsaker til at ikke alle pasientforløp fungerer etter planen.

Pasienter med kompleks helsetilstand trenger helhetlig og koordinert helsehjelp. Mange opplever imidlertid at hjelpen er fragmentert, og at det blir tatt beslutninger uten at pasientens komplekse tilstand er vurdert samlet. Spesialistene skal avdelingsvis ha oppmerksomhet rettet mot sitt fagfelt, men systemet må være tilrettelagt slik at man sikrer et helhetlig perspektiv på behandlingen.

Vi ser at det kan være en fare for pasientsikkerheten når:

- forsinkelser i tolkningen av prøvesvar fører til forsinkelser i behandling.
- viktig pasientinformasjon ikke videreformidles mellom avdelingene og behandler ikke har oppdatert informasjon.
- dårlig informasjonsflyt fører til forsinkelser og misforståelser.
- det er skott mellom avdelingene, og ingen har eller tar et klart ansvar for pasienten og fremdriften i behandlingen.

Avdøde Steinar Pedersen, tidligere leder av Nasjonalt senter for telemedisin, beskrev sin pasientopplevelse slik i en kronikk på nrk.no juni 2022:

Jeg ble satt på vent. Kanskje til og med glemt.

Jeg får ikke tak i noen som kan fortelle meg om jeg har, eller ikke har, kreft.

Pasient- og brukerombudet erfarer at faglige og kulturelle barrierer kan stå i veien for informasjonsutveksling og samarbeid mellom sykehusavdelinger. Ansvar for å bygge ned slike barrierer ligger hos sykehusledelsen. Spesialiseringen innenfor ulike fagfelt krever at sykehusene har stort fokus på å ivareta det grunnleggende ansvaret for pasientene, uavhengig av om en eller flere avdelinger deltar i behandlingsforløpet. For pasientene vil godt samarbeid mellom avdelinger kunne være ensbetydende med forsvarlig helsehjelp.

Det er en kjensgjerning at kontaktlege- og koordinatorordningene benyttes i for liten grad ved landets helseforetak. Dette er lovpålagte oppgaver som skal bidra til nettopp intern samhandling. Vi forventer at helseforetakene gir arbeidet med å styrke disse ordningene prioritet og fremdrift.

Samhandling mellom tjenestenivåer og mellom ulike sykehus

Pasient- og brukerombudet ser i mange saker at samhandlingen mellom ulike steder i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste ikke fungerer godt nok. Manglende samhandling mellom tjenestenivåene kan medføre at pasienter ikke får forsvarlige og koordinerte tjenester, og kan i enkelte tilfeller utgjøre en stor pasientsikkerhetsrisiko.

I våre saker ser vi at:

- noen pasienter skrives ut fra sykehus for så å raskt bli re-innlagt, andre pasienter blir liggende lenge på sykehus i påvente av kommunalt tilbud.
- pasienter kan få oppfølging og behandling på flere sykehus for samme lidelse uten at behandlende personell har tilstrekkelig informasjon om de ulike behandlingstiltakene.
- ungdom opplever å få avslag fra spesialisthelsetjenesten med begrunnelse at de kan få behandling i kommunal helsetjeneste samtidig som kommunen sier de ikke har et passende tilbud.
- lovpålagte ordninger med koordinator og individuell plan fungerer ikke i praksis.

Har du spørsmål til innholdet i vår årsmelding?

Ring oss på 40 50 16 00

eller finn kontaktinformasjon direkte til våre lokalkontor på

pasientogbrukerombudet.no



Pasient- og brukerombudet



Pasient- og brukerombudet i Vestfold Oppsummeringspunkter for 2022

Pasient- og brukerombudet i Vestfold er et av 15 lokale ombudskontor rundt om i landet. Pasient- og brukerombudet i Vestland, kontor Bergen, er tildelt en koordinerende rolle.

Samtlige pasient- og brukerombud har gått sammen om å skrive en felles årsmelding for 2022, som oversendes sammen med dette dokumentet. Vi har av den grunn ikke skrevet en egen årsmelding for Vestfold i år, men presenterer likevel her noen oppsummeringspunkter for våre erfaringer i Vestfold for 2022 som et supplement til den felles årsmeldingen.

Vi håper at dere vil finne dette interessant. Vi vil gjerne bli invitert og bli gitt anledning til å presentere våre tall, erfaringer og refleksjoner nærmere. Da vil vi også kunne ha en mer konkret presentasjon og tilnærming i forhold til den aktuelle virksomheten.

Ta kontakt med oss på epost: vtt@pobo.no eller på telefon 33 34 77 90.

Vennlig hilsen Pasient- og brukerombudet i Vestfold og Telemark, kontor
Tønsberg

27.02.23

Torunn Grinvoll
Pasient- og brukerombud

TALL FOR VESTFOLD

Gjennom 2022 registrerte Pasient- og brukerombudet i Vestfold 1109 saker. Dette er en økning på 6,5 % fra foregående år. 60 % av sakene dreier seg om spesialisthelsetjenesten og 40 % om kommunale helse- og omsorgstjenester.

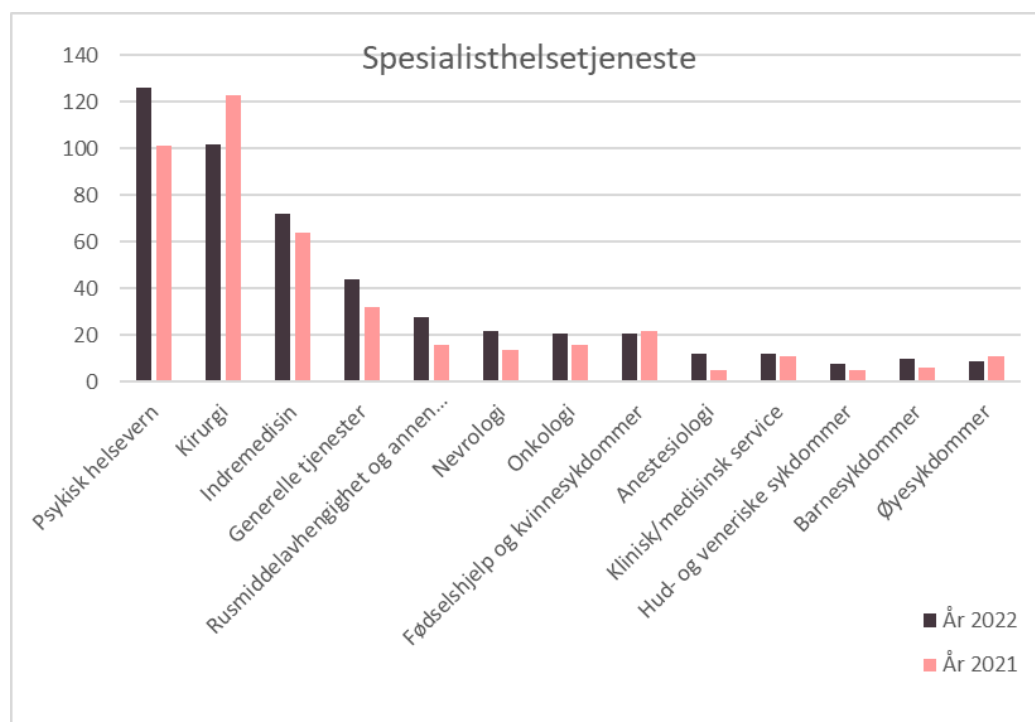
Det er registrert 473 saker fra spesialisthelsetjenesten i 2022. Av disse er det 377 saker som gjelder Sykehuset i Vestfold. 336 saker dreier seg om kommunale helse- og omsorgstjenester. I tillegg har vi registrert en del saker som ikke er knyttet til et konkret behandlingssted, som er forespørsler av mer generell art. Dette er for eksempel spørsmål om pasient- og brukerrettigheter eller saker der pasient ikke ønsker å oppgi behandlingssted.

I det følgende omtaler vi saker fra de to tjenestenivåene, spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Det er imidlertid verdt å merke seg at samhandlingen mellom disse to tjenestenivåene fortsatt er et tilbakevendende tema i våre saker, og at slett ikke alt går sømløst mellom disse.

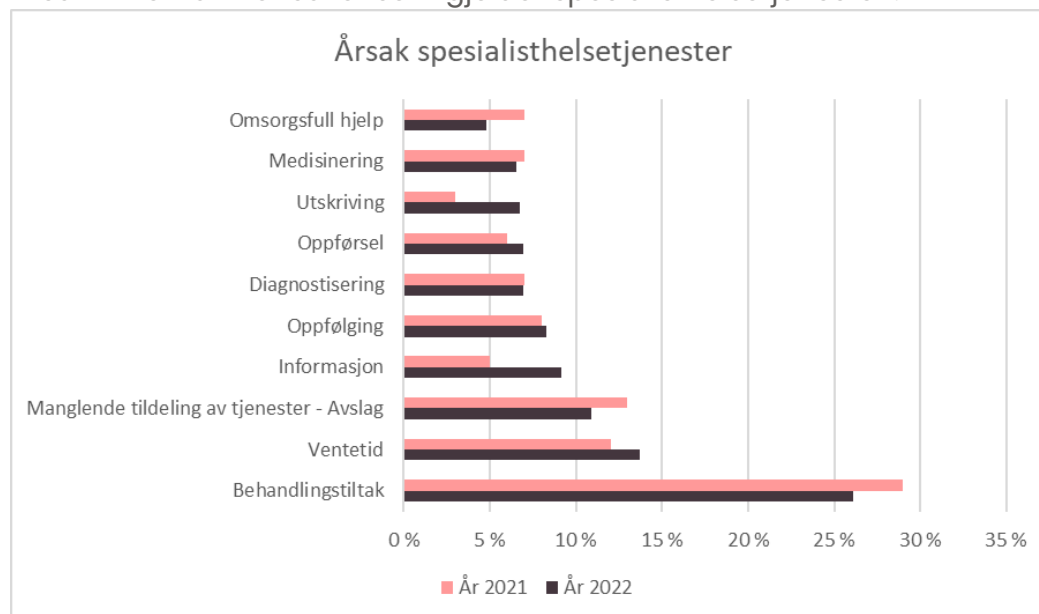
Det må også bemerkes at når vi registrerer saker i vårt system, vil kodingen basere seg på det pasient, bruker eller pårørende oppgir.

SPESIALISTHELSETJENESTEN

Hovedspesialitet innen spesialisthelsetjenesten som gir grunnlag for kontakt med ombudet:



Årsak til kontakt for saker som gjelder spesialisthelsetjenesten:



Behandlingstiltak refererer seg til det pasienten anfører, som kan være feil i undersøkelse, behandling, at man er påført skade som følge av behandling m.m.

I likhet med landet for øvrig, har vi flest saker som gjelder psykisk helsevern og saker innen kirurgi, særlig ortopedisk kirurgi og mage-tarm kirurgi. Vi har også en klar økning i saker om kreftbehandling og akuttsenteret.

Totalt mottok vi 126 saker om psykisk helsevern i 2022. Av disse er 113 saker fra Sykehuset i Vestfold.

Innen psykisk helsevern klages det hyppigst over selve behandlingstiltaket og behandlingsløpet. Særlig ved akutte innleggelser klages det på manglende "flyt" og på overføringer mellom avdelinger. Avslag på henvisning er en hyppig klagegrunn, at man ikke tildeles psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Andre klager på mangelfull informasjon, mangelfull oppfølging, ansattes oppførsel, medisiner og utskriving. Pårørende mener de i større grad kunne vært involvert og benyttet som en ressurs, og kanskje særlig i vurdering av pasientens samtykkekompetanse.

Vårt kontor har ikke mange saker om rus og avhengighet, men vi har registrert en økning i 2022. Flere av sakene er av alvorlig karakter. Klagene gjelder særlig avslag på henvisning, mangelfull oppfølging, medisiner og tidlig utskriving. Også her etterlyser pårørende større grad av pårørendeinvolvering.

I saker vedrørende kreftbehandling har vi hatt et økende antall saker. Sakene dreier seg om diagnostisering, ventetid, at man ikke får en fast behandler, samarbeid internt, samarbeid med andre behandlingssteder og mangelfull informasjon. Flere pasienter mener de kan være påført pasientskade som følge av forsinkelser i behandlingen.

Noen eksempler på type saker som gjelder Sykehuset i Vestfold:

- Mangelfull informasjon i akuttsenteret. Pasienter blir skrevet ut og gitt informasjon mens de fortsatt er sterkt påvirket av smerter eller medisiner, og får ikke selv med seg viktig informasjon. Involvering av pårørende etterlyses.
- Venting på undersøkelse og behandlingstiltak.
- Lang ventetid på svar på radiologiske undersøkelser.
- Utsettelse av undersøkelser og behandlingstiltak og fravær av avklart tidspunkt for neste behandlingstiltak
- Ikke overholdelse av fristen for vurdering av henvisninger.
- Personvernutfordringer, særlig i akuttsenteret og kreftsenteret.
- Lite eller mangelfull samhandling mellom avdelinger internt, "silo-tenkning".
- Mange leger å forholde seg til, ikke kontaktlege.
- Pårørende som klager på at pasienter blir behandlet som "svingdørspasienter".
- Overføring av døende pasienter til kommunen.
- Pasienter påpeker feil og mangler i journal og ber om endringer i journal og kjernejournal.
- Pasienter og pårørendes opplevelse av knapphet på ressurser, tid og bemanning.
- Varierende hvordan alvorlige hendelser erkjennes og følges opp.
- Gjennomgående svært lang saksbehandlingstid i saker der det sendes brev med klage eller tilbakemelding til sykehuset.

Ombudet har generelt god erfaring med bruken av dialogmøter med sykehuset, og opplever at det ofte er et hensiktsmessig tiltak for samtlige involverte.

KOMMUNAL HELSE- OG OMSORGSTJENESTE

Vi har registrert 336 saker som dreier seg om kommunal helse- og omsorgstjeneste. Sakene fordeler seg på de seks ulike kommunene slik det fremkommer av tabellen under. I tillegg er det registrert enkelte saker fra kommuner utenfor Vestfold.

Kommune	2022	2021
Holmestrand	24	25
Horten	43	43
Tønsberg	123	98
Færder	31	31
Sandefjord	61	59
Larvik	57	58

Tabellen viser at tallene for 2021 og 2022 er påfallende lik for fem av de seks Vestfold-kommunene, med Tønsberg som et unntak der det er en betydelig økning.

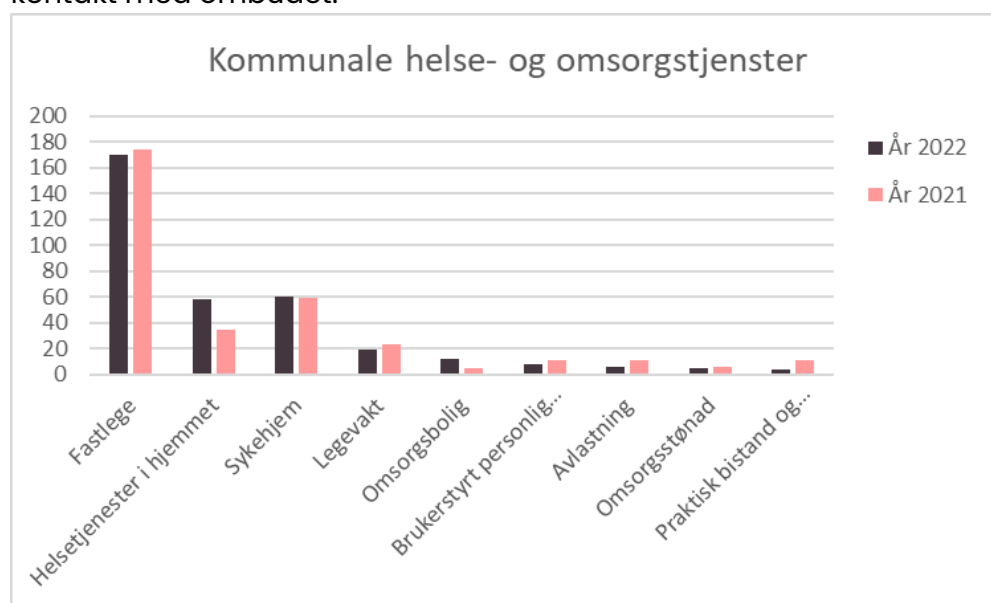
48 % av de kommunale sakene omhandlet fastlege. De vanligste årsakene til henvendelser om fastlege samsvarer med det som fremkommer av den nasjonale årsmeldingen. Henvendelsene knytter seg til uenighet om behandlingstiltak, medisiner, oppfølging og henvisning, og henvendelser der en ikke har en fastlege. Andre klager over fastlegens manglende tilgjengelighet og ventetid for å få tildelt time. Flere pasienter oppgir at de er henvist til "vikar for vikaren" og dette utfordrer kontinuiteten som fastlegeordningen er ment å ivareta.

18 % av de kommunale sakene omhandler sykehjem og tidsbegrenset opphold i sykehjem. De vanligste årsakene til henvendelser om sykehjem er behandlingstiltak, medisiner, omsorgsfull hjelp og mangel på innhold og verdighet i tjenestetilbudet. Pasienter på sykehjem er en sårbar gruppe som ofte ikke har helse og evne til selv å kunne ivareta egne rettigheter. Vi har grunn til å tro at det dermed er mange som ikke sier ifra og klager på helsehjelpen som gis på

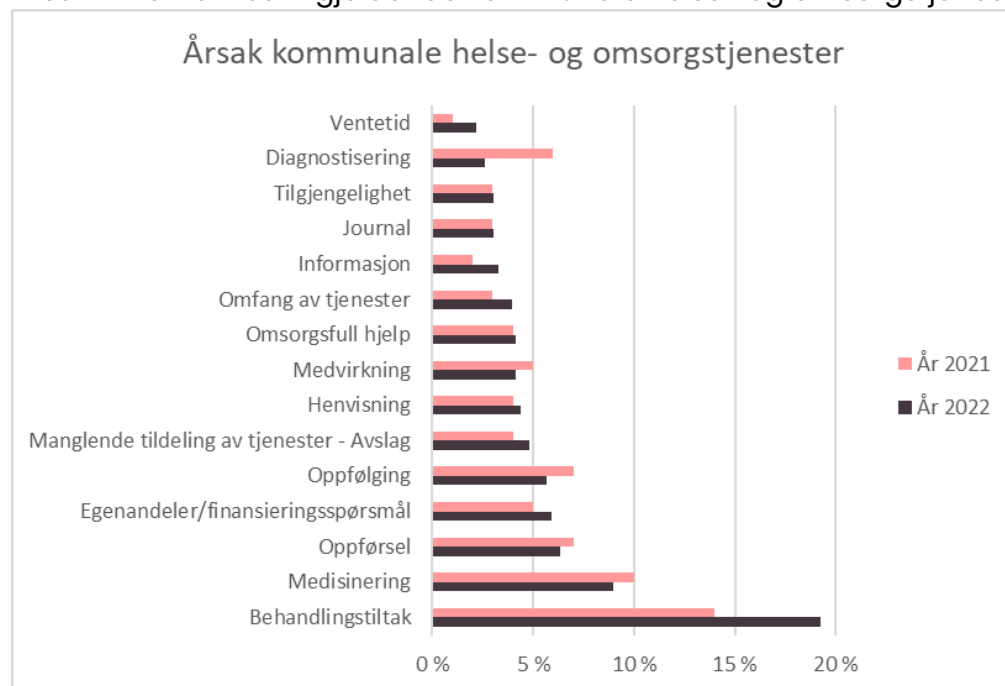
sykehjem. I majoriteten av henvendelsene til vårt kontor er det pårørende som tar kontakt på vegne av pasienten.

14% av de kommunale sakene dreier seg om helsetjenester i hjemmet. Dette er en økning i denne type saker sammenlignet med 2021. De vanligste årsakene til henvendelser om helsetjenester i hjemmet er behandlingstiltak, mangel på omfang av tjenester og klage på lite omsorgsfull hjelp. Det klages på for mange hjelpere inn i eget hjem, noe som utfordrer kontinuiteten i tjenesten.

Spesialiteter innen kommunale helse- og omsorgstjenester som gir grunnlag for kontakt med ombudet:



Årsak til kontakt som gjelder de kommunale helse- og omsorgstjenestene:



Noen eksempler på type saker:

- Allmennlegens endring av medisinering.
- Svikt i oppfølgingen hos fastlege eller vikarlegen.
- Dårlig tilgjengelighet hos fastlege, "vikar for vikaren".
- Kvaliteten i tjenesten i bemannet bolig.
- Kvaliteten på helsetjenester i hjemmet.
- Mangelfullt stell, pleie og behandling i sykehjem.
- Rehabiliteringsopphold oppleves som "oppbevaring".
- Pasienter i sykehjem, særlig yngre, etterlyser aktivitetstilbud.
- Mangelfull helsehjelp på legevakt.
- Ventetid og kvaliteten innen kommunal psykisk helsetjeneste.
- Omfang av tildelte timer i BPA-ordning.
- Pårørendes bekymring for psykisk syke nærstående, vs deres egenautonomi.

Pårørendeinvolvering etterlyses også for tjenester i kommunen.

Som ombud har vi også et “følge-med-på” ansvar for kvaliteten på tjenestene og har da tatt ulike initiativ, slik som:

- Vi har etterspurt retningslinjer for utskriving og overføring mot pasientens ønske for pasienter innen psykiatri og rus.
- Tilskrevet kommunene og påpekt kommunens plikt til å gi informasjon og følge opp pasienter og brukere der det kan være aktuelt å få gratis tannhelsetjeneste.
- Utfordringer med pasienters personvern i forbindelse med kommunikasjon i akuttsenteret og kreftsenteret er tatt opp skriftlig med Sykehuset i Vestfold.
- Tatt opp Sykehuset i Vestfold sin praktisering av rutiner ved tap av formuesgjenstander ved sykehuset.
- Bekymring for fastlegesituasjonen, om tilgjengelighet. Samtlige kommuner er tilskrevet og bedt om at kommunene på sine hjemmesider gir klar og god informasjon om hvordan pasienter som ikke har fastlege skal forholde seg. Påpekt det kommunale ansvaret, og at det ikke er tilstrekkelig bare å henvise til Helsenorge og Helfo.
- Systemsak om uriktig praktisering av fakturering for kjøregodtgjørelse i støttekontaktordning.
- Tilskrevet Sykehuset i Vestfold og etterspurt informasjon om brukerstyrte senger i psykiatrien.

Ved ombudskontoret er vi også opptatt av hvordan lovendringen i pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 7 vil virke inn på hvordan pasienter, brukere og pårørende erfarer det når deres ubetingede rett til å få sin sak vurdert av tilsynsmyndighetene (statsforvalteren) er bortfalt. En ønsket målsetning ved lovendringen er at virksomhetene selv skal ta større ansvar for kvaliteten på sine tjenester og lære av feil. Vi vil følge med på dette.

Kronikker som har vært inntatt i lokalavisene gjennom 2022:

- ✓ Trening på blå resept, se [Spaltist, Pasient- og brukerombudet | Trening på blå resept \(tb.no\)](#)
- ✓ Vi er alle pårørende, se [Debatt, Helse og omsorg | Vi er alle pårørende \(sb.no\)](#)
- ✓ Viktigheten av å ha et godt sykehus, se [Debatt, Torunn Grinvoll | Viktigheten av å ha et godt sykehus \(op.no\)](#)
- ✓ Rehabilitering lønner seg, se <https://www.tb.no/rehabilitering-lonner-seg/o/5-76-1820660>
- ✓ Noe må gjøres, se <https://www.sb.no/ombud-og-ombudsrollen/o/5-73-1585708>
- ✓ Ikke glem de etterlatte, se <https://www.tb.no/ikke-glem-de-etterlatte/o/5-76-1863747>
- ✓ Sette livet på vent, se <https://www.op.no/sette-livet-pa-vent/o/5-36-1306677>
- ✓ Forventningene til helse- og omsorgstjenesten, se <https://www.op.no/forventninger-til-helse-og-omsorgstjenesten/o/5-36-1322806>
- ✓ Ombud og ombudsrollen, se <https://www.sb.no/ombud-og-ombudsrollen/o/5-73-1585708>
- ✓ Helsekompetanse – hva er det, se <https://www.op.no/helsekompetanse-hva-er-det/o/5-36-1348943>



Saksframlegg til BU Brukerutvalget

Møtedato: 31.05.2023

Saksnr: 22/23
Sakstype: Orientering
Saksid: 21/02999-6

Saksbehandler: Ruth Anne Rojahn

Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser, rapport fra statens undersøkelseskommisjon for helse og omsorgstjenesten

Vedlegg:
rapport Ukom Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser

Hensikten med saken:

Brukerutvalget etterspør Sykehuset i Vestfold sitt arbeid med rapporten fra statens undersøkelseskommisjon for helse og omsorgstjenesten, om meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser.

Administrasjonssjef virksomhetsavdeling Ruth-Anne Rojahn orienterer i møte.

Forslag til konklusjon:

Brukerutvalget tar saken til etterretning.

Tønsberg, 25. mai 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Faktagrunnlag:

I rapport om meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser retter statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgstjenesten (Ukom) søkelyset mot uønskede hendelser i sykehusene, og hvordan disse kan fanges opp, meldes i interne kvalitetssystem og/eller varsles til myndighetene. Formålet med å melde uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten er at disse skal gjennomgås og brukes til framtidig læring, for å hindre at tilsvarende hendelse skjer om igjen.

Ukom har fått bekymringsmeldinger fra både pårørende og helsepersonell om at uønskede hendelser ikke alltid blir meldt eller varslet. Hvis hendelser ikke blir fanget opp og meldt, kan virksomheten gå glipp av viktig læring og informasjon i forbedringsarbeidet.

Rapporten henvender seg til lovgiver, departement, tilsynsmyndigheter, pasienter og pårørende, foretaksstyrene samt ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten.



Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser

Hvorfor blir alvorlige, uønskede hendelser ikke alltid meldt og varslet?

ukom.no

 **Ukom**

Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

I denne rapporten retter Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, Ukom, søkelyset mot uønskede hendelser i sykehusene, og hvordan disse kan fanges opp, meldes i interne kvalitetssystem og/eller varsles til myndighetene. Formålet med å melde uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten er at disse skal gjennomgås og brukes til framtidig læring, for å hindre at tilsvarende hendelse skjer om igjen. Derfor er melding av avvik og påfølgende analyse av uønskede hendelser en del av forbedringskulturen på de fleste arbeidsplasser.

Ukom har fått bekymringsmeldinger fra både pårørende og helsepersonell om at uønskede hendelser ikke alltid blir meldt eller varslet. Hvis hendelser ikke blir fanget opp og meldt, kan virksomheten gå glipp av viktig læring og informasjon i forbedringsarbeidet.

Ansatte kan oppleve det vanskelig å melde om hendelser av flere grunner. I rapporten bruker vi en trappemodell for å illustrere trinnene fra å fange opp en uønsket hendelse, via å vurdere å melde, iverksette melding, og til leders håndtering av meldingen med analyse og forbedringstiltak.

Et arbeidsmiljø med psykologisk trygghet på arbeidsplassen der det er kultur for å melde avvik og uønskede hendelser uten fare for sanksjoner, er en forutsetning for en god meldekultur. Ansattes oppfatning av hva som egentlig har skjedd, leders oppfølging ved uønskede hendelser, og praktiske forhold rundt selve meldesystemet påvirker også hva som meldes eller varsles.

En av forutsetningene for å kunne lære av en hendelse, er at vi makter å se at noe kunne vært gjort annerledes. Først da får hendelsen læringsverdi. I helse- og omsorgstjenesten, så vel som i andre sektorer, fremmer ikke straff og sanksjoner læring. Derfor diskuterer Ukom i denne rapporten også om vilkåret for varsling til myndighetene av dødsfall og alvorlig pasientskade bør klargjøres. Begrepet «påregnelig risiko» tolkes ulikt og kan bli stående i veien for læringspotensialet ved en hendelse.

Pasient og pårørendes rolle og deres rett til informasjon ved alvorlige hendelser belyses også. Ukom ser at det kan være ulik oppfatning av om en alvorlig hendelse er en forventet komplikasjon eller en pasientskade, og at dette påvirker kommunikasjonen. Igjen ser vi at påregnelig-begrepet er uheldig og kan gi pasient og pårørende en følelse av manglende åpenhet.

Rapporten henvender seg til lovgiver, departement, tilsynsmyndigheter, pasienter og pårørende, foretaksstyrene samt ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten.

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

2 Bakgrunn

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

Utgangspunktet for undersøkelsen «Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser» er bekymringsmeldinger og varsler som Ukom har mottatt fra pasienter, pårørende og helsepersonell. Flere av sakene har også vært omtalt i media ([1](#)). Fra varslene ser vi at alvorlige, uønskede hendelser ikke alltid blir meldt i kvalitetssystemene eller varslet i melde.no. Helsetjenesten går dermed glipp av viktig læring og mulig forbedring, og det er en risiko for at samme hendelse kan skje igjen.

Ukom ble kjent med en sykehusavdeling der det ble rapportert om arbeidsmiljøutfordringer som kunne påvirke pasientsikkerheten. Vi gjennomgikk skriftlig dokumentasjon fra sykehusets egne undersøkelser, samt dokumentasjon fra Helsetilsynet, Arbeidstilsynet og politiet, som også hadde vært involvert. Denne kartleggingen ga noen hypoteser om faktorer som kan påvirke pasientsikkerheten. Derfor spisset vi tema inn mot praksis for å melde og lære av uønskede hendelser, men da ved en sykehusavdeling i et annet helseforetak, der vi gjennomførte en rekke intervjuer. Herfra hadde vi mottatt bekymringsmeldinger om forhold som vi gjenkjente fra det første helseforetaket.

Ukom undersøkte meldinger om pasienthendelser i kvalitetssystemene og varsler i melde.no fra de to sykehusavdelingene. Våre funn kan tyde på at mange uønskede hendelser ikke blir meldt eller varslet, og Ukom foreslår ulike forbedringspunkter i pasientsikkerhetsarbeidet. Vi har ikke sett på avvik knyttet til HMS (helse, miljø og sikkerhet) på arbeidsplassen, selv om disse også meldes i det interne kvalitetssystemet.

Ukom fikk underveis i prosessen kjennskap til en pasienthistorie der pårørende hadde varslet Helsetilsynet etter et dødsfall der de opplevde at behandlingen hadde gått galt. Dette pasientforløpet var verken meldt internt eller varslet til myndighetene av sykehuset. Vi valgte å bruke denne pasienthistorien for å belyse hva som skal til for at helsepersonell først skal fange opp, og deretter melde eller varsle hendelser i et pasientforløp. Vi går ikke inn i en spesifikk faglig vurdering av den medisinske behandlingen pasienten fikk. Vi er klar over at historien har flere sider, der Ukom først og fremst vektlegger læringsperspektivene.

Ingen slike pasienthistorier vil være like, men Ukom mener at beskrivelsene av de etterlattes opplevelse og analysene av meldekulturen kan være gjeldende også for andre virksomheter og dermed bidra til læring. Vi undersøker forhold som kunne ha skjedd hvor som helst i helsetjenesten.

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

3 Fra melding om uønsket hendelse via læring til pasientsikkerhet

Publisert 23. mars 2023 Sist oppdatert 23. mars 2023

Verdens helseorganisasjon (WHO) poengterer betydningen av læring gjennom registrering og analyse av uønskede hendelser for å styrke pasientsikkerheten (2). Læring etter en uønsket hendelse kan skje både på individnivå, gruppenivå, organisasjonsnivå og samfunnsnivå. For å oppnå læring av en uønsket hendelse utover individnivå, trengs det system for registrering (3).

For at en hendelse skal bidra til bedring av pasientsikkerheten må den gjennom noen læringsprosesser, som vist i figur 1. En alvorlig hendelse må bli rapportert, alvorlighetsgrad må bli vurdert og årsaker som skal gi kunnskap om mulige systemendringer må bli analysert. Handlingsplan og gjennomføring av tiltak skal så føre til framtidig forebygging av skade.



Fig. 1: Trinn i læringsprosesser knyttet til uønskede hendelser.(2, 4)

Registrering og analyse av uønskede hendelser er et viktig grunnlag for læring, og dermed for bedring av pasientsikkerheten (5). Å samle informasjon som kan bidra til læring på tvers av seksjoner og avdelinger over tid, er viktig for å skape en lærende organisasjon som kan opparbeide seg kunnskap om årsaker og sammenhenger. Dette gir en kontinuerlig forbedringsprosess og kan hindre at samme hendelse skjer igjen. Når registreringen av alvorlige, uønskede hendelser bare skjer lokalt på en avdeling, kan dette imidlertid medføre at det blir mindre læring på tvers av avdelinger, sykehus og regioner (6).

De siste årene er den tradisjonelle tankegangen om å lære av uønskede hendelser (Safety-I), blitt utfordret av en annen teori som handler om at det kan være et nyttig supplement å studere det som går bra. Formålet er å bevege seg fra at så lite som mulig går galt, til at så mye som mulig går bra. Dette kalles Safety-II ([7](#)). Et viktig aspekt i Safety-II er å studere nesten-hendelser nøye, for å finne årsaken til at nesten-hendelsen ikke endte med en alvorlig hendelse.

Nasjonale krav

I Norge har alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten ved dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker, når utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko og har sammenheng med helsehjelpen ([8](#), [9](#), [10](#), [11](#)). Disse lovpålagte varslene omtales gjerne som «3-3 a-varsler», og de skal varsles til myndighetene i melde.no. Pasienter, brukere og pårørende har også en rett til å varsle om alvorlige hendelser ([12](#)). Formålet er å identifisere alvorlige forhold raskt, og dermed bidra til å bedre pasientsikkerheten på nasjonalt nivå, samtidig som tilsynsmyndigheten kan følge med. I tillegg er leger, etter Helsepersonelloven § 36, pålagt å melde mistanke om unaturlig dødsfall til politiet ([13](#)).

I 2012 kom nye lovkrav til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Disse pålegger enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikt til å varsle om uforsvarlighet og sørge for at virksomheten arbeider for systematisk kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet ([11](#), [8](#)). Som en konsekvens av en rapport fra Riksrevisjonen ([14](#)), som påpekte helseforetakenes manglende læring av uønskede hendelser, kom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i 2017 ([15](#)).

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring, pasient- og brukersikkerhet, samt å øke etterlevelsen av krav i helse- og omsorgslovgivningen. Gjennom tydeligere og mer tjenestetilpassede krav skal forskriften gi den ansvarlige for virksomheten et godt verktøy for systematisk styring, ledelse og for kontinuerlig forbedring. Sykehusene er dermed forpliktet til å ha et styringssystem for kvalitet – kvalitetssystem – som også innbefatter system for registrering av uønskede hendelser.

Momenter fra Riksrevisjonens rapport

I 2015 undersøkte Riksrevisjonen 19 helseforetak og 39 fødeavdelinger for å belyse hvordan rutiner og internkontroll for uønskede hendelser fungerte både på helseforetaksnivå og på avdelingsnivå ([14](#)). De vurderte også om håndteringen av uønskede hendelser bidro til læring og forbedring.

Riksrevisjonen fant stor variasjon i hva som ble meldt, og de fant ulik meldekultur mellom yrkesgrupper både innad i, og mellom avdelinger. Det kom fram at flere ansatte aldri hadde meldt, til tross for at de hadde vært i situasjoner med hendelser de mente burde ha blitt meldt.

Riksrevisjonen peker spesielt på tre faktorer som påvirker hvorvidt uønskede hendelser blir meldt. Først og fremst må ansatte ha tilgang til det interne kvalitetssystemet, kjenne til hvordan de bruker det, og de må ha tid til å melde. For det andre vil varierende holdninger til hvilke hendelser som skal meldes påvirke både hva som blir meldt og omfanget av meldinger. Undersøkelsen viste at det var større variasjon i hva som ble meldt der meldepliktige hendelser ikke var forhåndsdefinert. For det tredje viste undersøkelsen at det var viktig om leder forklarte hendelser med menneskelig svikt eller systemsvikt. Dette påvirket både hva som ble meldt og læringspotensialet av uønskede hendelser. Hendelser som blir forklart med at enkeltpersoner har gjort en feil eller en glipp kan føre til at ansatte ser på kvalitetssystemet som et angiversystem, og det kan skape en høy terskel for å melde om uønskede hendelser. Hvis skylden legges på enkeltpersoner, skjer det veldig liten læring på systemnivå.

I 2019 fulgte Riksrevisjonen opp rapporten og fant at det var satt i gang relevante tiltak. Blant annet var antallet meldte pasientrelaterte hendelser økt ved de aller fleste helseforetakene. Men det var

fortsatt stor variasjon mellom helseforetakene når det gjaldt meldekultur og læring av meldte hendelser. Det var vanskelig å konkludere med at de iverksatte tiltakene fungerte ([16](#)).

Riksrevisjonen er nå i gang med en ny undersøkelse der de ser på i hvilken grad helseforetakene bruker risikostyring i samsvar med gjeldende krav og anbefalinger, som et virkemiddel for å støtte opp om helsepolitiske mål. I sykehusene er en viktig del av risikostyringen å identifisere, vurdere, håndtere og følge opp alvorlige hendelser. Riksrevisjonen ser spesielt på om de regionale helseforetakene og helseforetakene har systemer for risikostyring, hvilke risikoer styrene prioriterer og hvordan risikostyring blir brukt for å nå målene om kvalitet i pasientbehandlingen.

Ifølge Riksrevisjonen har helseforetakene fortsatt utfordringer når det gjelder meldekultur og læring av meldte hendelser. Ukoms gjennomgang av meldinger fra to ulike sykehusavdelinger bekrefter inntrykket av at det fortsatt er store forskjeller på hva som regnes som en uønsket hendelse, og på hva som faktisk meldes av pasienthendelser.

Interne kvalitetssystem

Helseforetakene har styringssystem for kvalitet. Systemene skal bidra til å sikre oppfølging av avvik, uønskede hendelser og nesten-hendelser som meldes inn av ansatte og saksbehandles av leder. Gjennom dette skal systemet bidra til læring og kvalitetsforbedring.

Helseforetakene har forskjellige elektroniske systemer for melding av avvik og hendelser (for eksempel Achilles, Synergi, DocMap, EQS, TQM). Systemene er imidlertid nokså like i måten avvik og hendelser blir registrert på og hvordan saksgangen er. Noen helseforetak har lagt opp til at varsling til melde.no kan skje direkte fra det interne kvalitetssystemet. Det er vide rammer for hva som skal og bør meldes i de interne systemene, sammenliknet med hva som skal varsles i melde.no. Utfallet trenger ikke være alvorlig skade eller dødsfall. Nesten-hendelser bør også meldes internt for å kunne identifisere risikoområder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasientene.

Det er ikke nødvendigvis en sammenheng mellom utfallet av en uønsket hendelse og hendelsens læringspotensiale på systemnivå ([17](#)). Det kan være en fordel å bruke uønskede hendelser uten alvorlige konsekvenser til læring, fordi disse hendelsene kan oppleves trygge å diskutere.

Det er øverste leder som har ansvaret for at virksomheten jevnlig gjennomgår uønskede hendelser. Hensikten er å avdekke årsakene, fremme læring og å forebygge at tilsvarende hendelser skjer igjen. For å lykkes med forbedringsarbeidet må det være en kultur som fremmer åpenhet og læring av feil. Helseforetakene gjør hendelsesgjennomganger etter alvorlige hendelser, og store deler av helsetjenesten bruker metoden hendelsesanalyse. Metoden kan være svært ressurskrevende å gjennomføre, og det begrenser omfanget av hendelser det er mulig å analysere ([18](#)).

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

4 En pasienthistorie

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

En mann i 50-årene, som i utgangspunktet var frisk og i svært god fysisk form, døde etter fem ukers sykehistorie, der det tilkom gjentatte livstruende infeksjoner (sepsis) etter en bukoperasjon. Pårørende hadde varslet Helsetilsynet etter dødsfallet, men pasientforløpet var ikke meldt internt, og sykehuset hadde heller ikke varslet myndighetene etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 a. Kona ønsket at Ukom skulle undersøke saken for å belyse læringspotensialet i pasienthistorien.

«Han var en enormt raus person som bestandig satte andre foran seg selv. Om dette kan føre til bedring i system og omsorg så er det noe han ville vært stolt av.»

KONA

Helsetilsynet opprettet tilsynssak etter hendelsen og har foreløpig ikke endelig konkludert. Pårørende søkte om, og fikk erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

I rapporten beskriver Ukom uønskede hendelser i pasientforløpet, og hvordan disse muligens kunne vært fanget opp og meldt – både for å justere behandlingen underveis og for å lære i ettertid.

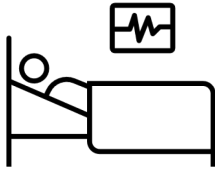
Sykdomforløpet

Dag 1



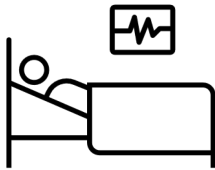
Frisk mann oppsøker legevakten på grunn av oppkast og akutte magesmerter. Han henvises videre til sykehuset.

Dag 2



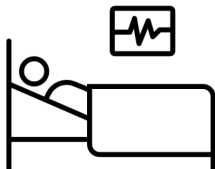
Undersøkelser viser passasjehinder i tarm forenlig med tarmslyng (ileus), og han blir operert. Under operasjonen tilkommer det en komplikasjon. Ved et uhell oppstår det en tarmperforasjon med lekkasje av tarminnhold ut i bukhulen. Operasjonen blir derfor omgjort fra kikkhullskirurgi til åpen kirurgi (laparotomi).

Dag 3 og 4



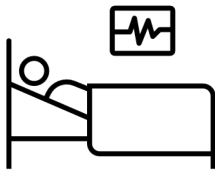
Han blir dårligere etter operasjonen, og det er mistanke om sepsisutvikling. Han må reopereres flere ganger. Pasienten er nå på intensivavdeling. Prøvesvar viser oppvekst av bakterien *Clostridium tertium*, som er en krevende bakterie å behandle.

Dag 5 til 8



Pasienten blir kritisk syk og må gjennom gjentatte operasjoner. Pårørende tilkalles for å ta farvel. Han blir tverrfaglig vurdert og får omfattende antibiotikabehandling. Men han kommer seg gradvis, og etter til sammen ti dager på intensivavdelingen kan han flyttes til sengepost.

Dag 9 til 18



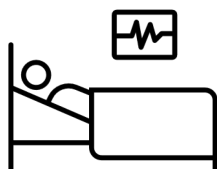
Antibiotikabehandlingen avsluttes dag 13. Han blir gradvis bedre, men strever med næringsinntaket og har mye smerter. I denne perioden er han avhengig av intravenøs ernæring. Han kan øke aktiviteten og forberedes etter hvert på hjemreise. Helsepersonell og pasient/pårørende har ulik oppfatning om funksjonsnivå og grad av framgang før utskrivning.

Dag 19 til 24



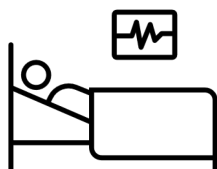
Pasienten blir utskrevet fra sykehuset. Han føler seg ikke klar til å reise hjem og synes at informasjon og oppfølging er utilstrekkelig. Det avtales telefonisk kontakt hvis situasjonen forverrer seg i løpet av de neste dagene. Han blir sykmeldt i tre måneder, og epikrise sendes til fastlegen. Hjemme opplever han seg stadig dårligere, og etter fire dager kontakter han sykehuset. De diskuterer ubehaget i magen, og han får råd om å ta smertestillende og ringe tilbake ved behov.

Dag 25 til 27



Pasienten blir reinnlagt etter ny samtale med sykehuset. Kropstemperaturen måles til 34,4 grader og CRP er 117. Det er mistanke om at infeksjonen i magen har blusset opp. 11 timer etter at han ankommer akuttmottaket til det blir oppstart av ny antibiotikabehandling. Over ett døgn etter innleggelse overføres han til intensivavdelingen med raskt stigende infeksjonsprøver. Etter prøvetaking blir den målrettede antibiotikabehandlingen fra forrige opphold gjenopptatt.

Dag 28 til 30



Han får påvist sepsis og blir operert flere ganger. Det er ny oppvekst av bakterien *Clostridium tertium* i buken. Tilstanden blir kritisk med akutt respirasjonssvikt og etter hvert multiorgansvikt.

Dag 31



Pasienten dør etter at organstøttet behandling avsluttes.

Er det noe å lære av denne pasienthistorien?

Denne pasienthistorien illustrerer et komplisert behandlingsforløp, der det oppsto uheldige hendelser som ikke ble meldt. Ukom har ikke vurdert de spesifikke faglige beslutningene som ble tatt underveis, men vi ønsker å belyse hvordan et sykdomsforløp som dette kan brukes til læring, for å unngå at noe liknende skjer igjen.

Ukom vil løfte fram hendelser i forløpet som kunne vært meldt, og dermed gitt mulighet for refleksjon og læring:

- Det oppsto en operasjonskomplikasjon (tarmperforasjon) under den første operasjonen. Der og da ble nok dette vurdert som en påregnelig komplikasjon og derfor ikke meldt.
- Pasienten fikk en påfølgende kritisk komplikasjon (infeksjon).
- Pasienten ble reinnlagt med infeksjonssymptomer og fikk antibiotikabehandling etter 11 timer, til tross for at hans nylige sepsissykdom var godt kjent. Bredspektret kombinasjon av antibiotika ble gitt mer enn 24 timer etter at han ankom sykehuset.
- Med multiorgansvikt på grunn av sepsis, er det ikke uventet at pasienten til slutt dør. Derfor er det forståelig at dødsfallet ikke ble varslet umiddelbart. Men når hele forløpet kan analyseres i ettertid, kan en tenke at utfallet var uventet og at det kunne ha sammenheng med helsehjelpen. Det burde derfor vært varslet som en alvorlig uønsket hendelse.

For å justere behandling underveis i et komplisert behandlingsforløp, er helsepersonell avhengige av å fange opp komplikasjoner og melde uønskede hendelser. Åpenhet og tydelig kommunikasjon behandlere imellom og overfor pasient og pårørende, er viktige forutsetninger for en felles situasjonsforståelse. En slik forståelse er grunnlaget både for gode beslutninger i forløpet og for læring i ettertid. Pasientjournalen er det viktigste verktøyet for oversikt underveis. Internt kvalitetssystem og varselordning til myndighetene er verktøy for læring i ettertid.

Ulike forståelser av sykdomsforløpet

Ukom finner at ektefellen og sykehuset har ulik forståelse av hva som skjedde i ukene før pasienten døde. På den ene siden reagerer kona på hvordan sykehuset behandlet mannen hennes, og hun mener sykehuset gjorde flere feil. På den andre siden mener sykehuset at de gjorde alt de kunne for å redde ham.

I ettertid forstår ikke kona hastverket med å skrive mannen hennes ut av sykehuset når han var så engstelig og hadde så mye vondt. Han ønsket selv å få bli på sykehuset, og hun var redd for å få ansvaret for en så alvorlig syk pasient. Hun forteller at hun fortsatt sliter med dette. Kona mener at det som er skrevet om mannens ernæringstilstand og fysiske styrke i journalen ikke stemmer.

De siste dagene før utskrivningen er det flere journalnotat der helsepersonellet nevner hjemreise, men vi finner ikke at utskrivningen er diskutert med pasienten og vurdert mot andre mulige løsninger. Det står flere ganger at han strever med å spise og få i seg nok næring, og i et notat to dager før hjemreise står det at både pasienten og kona er engstelige for utskrivning og opplever at han ikke er klar for dette ennå. Ved utreise hevder imidlertid sykehuset at han viste markant klinisk framgang og hadde gått trappene opp til åttende etasje.

«Vi hadde en annen forståelse av sykdomsbildet. Han gikk åtte etasjer og han var veldig motivert for å komme hjem.»

LEGE

«Han gikk ikke opp åtte etasjer, det er feil. Han gikk ikke opp, han tok heisen. Han ville ha med meg, men jeg fikk ikke lov (koronarestriksjoner). Han var ikke i tvil om det selv, at han ville være på sykehuset. Det at de skriver ... Det er ikke sant, altså. Han klarte ikke å spise det de skriver. Han klarte ikke å gå opp de trappene. »

KONA

Kona mener også at han lå for lenge uten legetilsyn ved andre gangs innleggelse fordi overlegen som var på vakt opererte.

I intervju med ansatte ved akuttmottaket kommer det fram at det ikke er uvanlig at pasienter blir liggende lenge å vente. Spesielt gjelder dette kirurgiske pasienter, fordi kirurgene ofte er opptatte med operasjoner.

«Termometrene vi har i akuttmottaket er ikke til å stole på.»

Det er viktig å lytte til informasjon og kritiske spørsmål fra pasient og pårørende underveis i et behandlingsforløp og etter en alvorlig hendelse. Informasjonen deres gir et mer helhetlig bilde enn om det bare innhentes opplysninger fra involvert helsepersonell (19). Pasienter og pårørende kan slik bidra til en bedre analyse, og til at tjenesten lærer av hendelsene (18).

Informasjon til pasient og pårørende etter uønskede hendelser

Pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og har rett til informasjon om helsetjenesten. Dette gjelder også i forbindelse med alvorlige hendelser (20).

Retten til å medvirke

Pasienter har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester, og har rett til informasjon om helsetjenesten. Dette gjelder også i forbindelse med alvorlige hendelser. Det er virksomhetens ansvar å sikre reell mulighet til medvirkning, og at nødvendig og tilpasset informasjon gis. Dersom pasienten er påført alvorlig skade eller komplikasjon skal det gis tilbud om et møte med helsetjenesten senest ti dager etter den alvorlige hendelsen. Dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det, skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som ytes (18).

Når media skriver om alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten handler det gjerne om at det har oppstått en konflikt mellom pasient/pårørende og helsetjenesten. Pasienter og pårørende aksepterer at feil kan skje i et behandlingsforløp. Det som ikke aksepteres, er manglende åpenhet og involvering – og at tjenestene ikke selv gjør en innsats for å lære av hendelsen (21).

Vi finner lite dokumentasjon i pasientjournalen om hvilken informasjon pasienten og kona fikk underveis i sykdomsforløpet. Kommunikasjonen var utvilsomt påvirket av begrensninger på grunn av pågående covid-pandemi. Pårørendes opplevelse med plutselig kritisk sykdom kombinert med besøksrestriksjoner og en følelse av ikke å bli hørt, førte til et særlig stort informasjonsbehov.

Det står ingenting i pasientjournalen om tarmperforasjonen som en uønsket hendelse, men den blir gjentatte ganger omtalt som iatrogen.

Iatrogen

Iatrogen betegner sykdom og plager som er et resultat av en leges uttalelser, undersøkelser eller behandling. Det kan dreie seg om komplikasjoner i forbindelse med undersøkelser, bivirkninger av behandling, eller usikkerhet og engstelse grunnet dårlig informasjon fra legen. Brukes ofte som betegnelse på en komplikasjon av en behandling som er utført, forårsaket eller bestemt av en lege eller behandler. Betyr «som skyldes legen»: iatro (lege) og genes (født).

Det er heller ikke journalført om det ble gitt informasjon til pasienten og hans kone om tarmperforasjonen. Kona opplyser at mannen fortalte henne at han var sikker på at det hadde skjedd noe under operasjonen. Kona opplyser at hun fikk informasjon om tarmperforasjon og om en vanskelig og sjelden bakterie (*Clostridium tertium*) noen dager etter operasjonen.

I løpet av et månedslangt og komplisert sykeleie vil helsepersonell komme og gå. Dette kan resultere i at pasienten og de pårørende vil oppleve informasjonen de får som sprikende. Dersom det ikke er journalført hva som er gitt av informasjon til pasient og pårørende, kan behandlerne videre i behandlingsforløpet bli tilbakeholdne med å gi informasjon, i frykt for å si noe galt.

Ved en kirurgisk komplikasjon som medfører at operasjonsmetode må endres og det postoperative forløpet kompliseres, bør dette erkjennes og tas opp i en oppfølgingssamtale mellom pasient og kirurg. Dette er god praksis, selv om kirurgen mener at komplikasjonen der og da er håndtert best mulig. Det er naturlig å gi informasjon om hvorvidt hendelsen meldes i det interne kvalitetssystemet og varsles til melde.no, og eventuelt foreslå kontakt med pasientombud/NPE. Dette må dokumenteres i journalen slik at alle vet hva som er formidlet til pasienten. I vår pasienthistorie sviktet informasjonen til pasient og pårørende. Det var først da behandlingen ble avsluttet og pasienten døde, at det ble journalført hvilken konkret informasjon som ble gitt til de pårørende.

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

5 Meldekultur – en trinnvis prosess

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

Innholdsfortegnelse

Ledelsesstruktur

Leders betydning for god meldekultur

Arbeidsmiljø med psykologisk trygghet

Tid og kapasitet til å melde

Meldesystem

Erkjennelse av at noe kunne vært gjort annerledes

Begrepet «påregnelig risiko»

En god meldekultur en forutsetning for at en uønsket hendelse skal bli meldt, fulgt opp og dermed bidra til økt pasientsikkerhet. Først når hendelsen er meldt, er det mulig å drive systematisk forbedringsarbeid for å unngå at liknende hendelser skjer igjen ([14](#)).

Ulike faktorer kan påvirke terskelen for å melde uønskede hendelser i et sykehus, en klinikk eller en avdeling. Meldeprosessen kan beskrives som en trapp, der helsepersonellet beveger seg både opp og ned, før det treffes en beslutning om å melde.

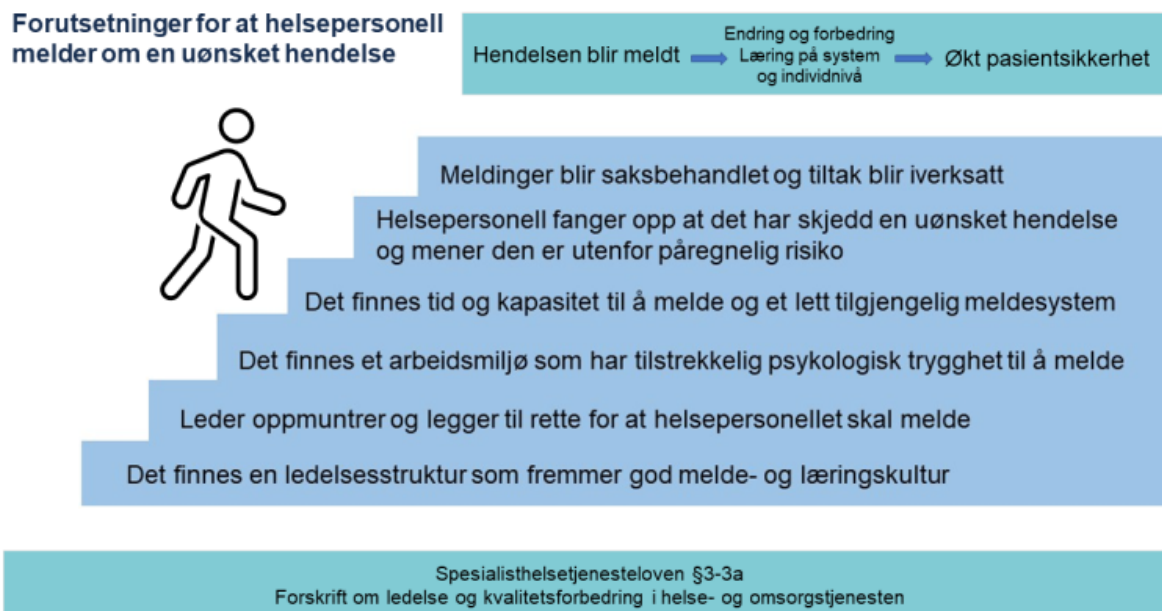


Fig 2: Trappetrinnsmodell: Forutsetninger for at helsepersonell melder om en uønsket hendelse.

Ledelsesstruktur

Undersøkelsen vår viser at ledelse av avdelinger og seksjoner kan være organisert på en måte som stiller svært store krav til den som innehar en lederfunksjon, særlig som leder for legene. Vi avdekket ikke spesielle utfordringer slik lederlinjen for sykepleierne er ordnet i denne avdelingen.

Sykepleierledere synes i stor grad å være innstilte på å være leder på heltid, og de opplever nok en mindre konflikt med hensyn til å holde faget ved like. En legeleder kan derimot ha full stilling med personalansvar for et stort antall medarbeidere og ha kliniske roller i tillegg. Vi ser også at lederverv kan gå på omgang når det er vanskelig å rekruttere noen som ønsker å lede. Frich og Spehar skriver at leger som ledere på den ene siden kan bidra positivt med å fremme engasjement og delaktighet, men at for mye vektlegging av eget fag og autoritær lederstil kan ha en negativ virkning på organisasjonen (22). Mange klinikere er ikke forberedt på utfordringene i lederrollen, og de opplever redusert faglig identitet og autoritet og er mer innstilte på å være faglige ledere – uten å i like stor grad identifisere seg med lederrollen og det administrative arbeidet som følger med (22, 18).

Blant leger som er ledere i helseforetakene er det fortsatt vanlig å ha en utøvende klinisk rolle av varierende omfang i tillegg til lederrollen. Dette kan skyldes at legeledere ønsker å opprettholde sine medisinske ferdigheter, og at det kan være vakante overlegestillinger som må fylles. Legeledere rapporterer i en studie at de holder fast på legerollen av to grunner: Klinisk arbeid gir mening og tilfredsstillelse, og utførelsen av arbeidet gir respekt blant kolleger (23). Legenes ledelsesstruktur kan altså bestå av en form for hybridledere som har begrenset tid til å lede, samt av medisinskfaglige ledere uten personalansvar.

«Man velger å ikke melde gang på gang fordi meldingen går til leder.»

LEGE

«Det er en fryktkultur som gjør at det er vanskelig å melde, særlig dersom man melder oppover i systemet.»

LEGE

Vi finner også at lederlinjen følges i varierende grad. De ansatte forholder seg ikke nødvendigvis til nærmeste leder. Hvem en henvender seg til, er knyttet til tema, problemstilling og relasjoner. Dette kan svekke ledernivåene og den formelle organiseringen. I en svekket organisasjon blir det vanskeligere å melde.

Oppsummert finner vi at hybridledere i store avdelinger kan medføre lederutfordringer og gi mindre rom for å melde hendelser.

Leders betydning for god meldekultur

«Det er ikkje nok å ha eit system, om ikkje dei som er leiarar handlar i tråd med systemet.»

REIDUN FØRDE - OM LEDERNES ROLLE I HÅNTERING AV UØNSKEDE HENDELSER

Helseforetakene har ord som respekt, kvalitet, trygghet, åpenhet, læring, omsorg, tillit og helhetstenkning i sine visjoner. Sykehusledelsen skal sikre at feil og mangler kommer fram, og at alle er trygge på at meldinger om svikt blir tatt positivt imot. Meldingene må også følges opp i praksis, og hensikten med meldesystemet må være godt forankret og forstått. Det er et lederansvar å sikre at den nødvendige tryggheten for å melde er til stede ([24](#), [25](#)).

Helsepersonell ønsker i utgangspunktet å melde, men det er en forutsetning at en melding ikke utløser uthenging («shaming and blaming»), sanksjoner eller straff, verken fra leder eller kolleger ([4](#)). Ifølge Riksrevisjonen er det uheldig dersom uønskede hendelser blir forklart ved at en enkeltperson

har gjort en feil eller at hendelsen er en glipp. Om ledere og ansatte heller leter etter systemårsaker til hendelser, vil det kunne bedre meldekulturen ([14](#)).

Det er lederens ansvar å legge til rette for å melde, og skape en kultur der det er trygt å melde. Dersom helsepersonell opplever at meldingen brukes konstruktivt og fører til læring, endring og forbedring, vil dette kunne ha en positiv innvirkning på meldekulturen. Det er viktig for den enkelte å få anerkjennelse for, og respons på meldingen, slik at de føler at meldingen har betydning og ikke forsvinner i «et sort hull». Manglende respons på registrerte hendelser gir frustrasjon, og da blir det å melde en hendelse bare oppfattet som en byråkratisk øvelse ([26](#)). Respons på melding og iverksetting av tiltak bør komme raskt.

I sin gjennomgang fant Riksrevisjonen at det er den lokale meldekulturen i enheter og stillingsgrupper som avgjør om uønskede hendelser blir meldt og fulgt opp. Noen fødeavdelinger hadde eksempler på meldepliktige hendelser som alltid skulle meldes uansett antatt årsak, for eksempel blødning over 1000 ml. Dette førte til en lavere terskel for å melde både disse forhåndsbestemte og andre hendelser. I andre avdelinger måtte ansatte selv fra sak til sak definere om en hendelse var meldepliktig. Riksrevisjonen skriver at en for snever definisjon kan legge begrensninger og føre til at færre uønskede hendelser blir meldt. I tilfeller hvor nestenulykker ikke ble meldt, mistet ledelsen muligheten til å få oversikt over risikoområder, og dermed også grunnlaget for systematisk forbedringsarbeid. Revisjonen fant også variasjon i hvilke yrkesgrupper som meldte, og hva de ulike yrkesgruppene meldte. Til slutt ble det påpekt at en åpenhetskultur er avgjørende for melding og læring, og nærmeste leder har et særskilt ansvar ([14](#)). Måten nærmeste leder prater om hendelser på og hvordan de blir håndtert, vil i stor grad påvirke både antall meldinger og hvilke hendelser som meldes.

En av hovedkonklusjonene i Riksrevisjonens rapport fra 2016 var at helseforetakene i for liten grad var i stand til å lære av hendelser. Dersom hendelser ikke meldes, får ikke virksomhetene oversikt over hvor det finnes svakheter der det kan iverksettes tiltak for forbedring.

I vår undersøkelse så vi at det var store forskjeller på hva de ansatte mente skulle meldes, og på hva som faktisk ble meldt. Det varierte mellom avdelinger/seksjoner og mellom ulike yrkesgrupper. Også blant lederne var det ulik oppfatning av hvilke operasjonskomplikasjoner som skulle meldes.

Anastomoselekkasje

Under mange kirurgiske inngrep skjøtes to ender av for eksempel tarm sammen. En slik skjøt kalles en "anastomose". Lekkasje i slike skjøter er en fryktet og alvorlig komplikasjon til gastrointestinal kirurgi, og innebærer ofte behov for reoperasjon og kan medføre organsvikt, langvarig sykeleie og av og til død.

For eksempel ble en postoperativ anastomoselekkasje av leder på høyere nivå omtalt som en hendelse som skulle meldes i det interne kvalitetssystemet, mens leder på lavere nivå mente det motsatte. Dersom denne avdelingen hadde hatt forhåndsbestemte eksempler på hva som alltid skulle meldes og en felles forståelse av disse, hadde ikke en slik diskusjon oppstått.

«Anastomoselekkasje er en alvorlig komplikasjon, og er et avvik fra det forventede forløpet. Vi må derfor melde anastomoselekkasjene i avvikssystemet. Det skal ikke være sånn at det kommer som avvik først når pasienten dør.»

LEGE

«Pasientene blir grundig informert om risikoen for anastomoselekkasje. Vi melder ikke alle disse, dette kan skje hos alle pasienter. Håndterer du det som du skal og det går bra med pasienten, blir det ikke meldt. »

LEGE

I vår undersøkelse finner vi at hos sykepleierne går alle meldingene i det interne kvalitetssystemet til enhetslederen. I den videre håndteringen blir meldingene vurdert, eventuelt videresendt til en annen avdeling, videresendt i linjen, det blir besluttet tiltak, eller avviket lukkes. En leder for sykepleierne mener at det er for mange meldinger om bagateller, for eksempel om dårlig ventilasjon, som overbelaster meldesystemet. Disse avviksmeldingene blir gjerne bare lagt til side.

«Meldesystemet forstyrres av for mange banale meldinger, som blir «sutring». »

SYKEPLEIER

En sykepleier forteller at selv om hendelser meldes i stor grad, blir det liten tid til å gjøre en god jobb med oppfølging av meldingene, og de hopper seg opp.

«Også meldinger som er meldt på rødt blir liggende.»

SYKEPLEIER

Ansatte vi intervjuet forteller at de melder, men at de aldri får noen respons på meldingen. I det elektroniske meldesystemet er det mulig å følge med på hva som skjer med meldingen som ble registrert, men flere forteller:

«Jeg har ikke tid til å sette meg ned foran en PC, logge meg inn i systemet og lete meg fram til hva som har skjedd med meldingen. Jeg etterlyser en lettere måte å få tilbakemelding på saker jeg har meldt.»

SYKEPLEIER

«Mange opplever nok at dette er noe man melder inn, men det brukes bare som en dårlig tolkning av statistikk i den andre enden.»

LEGE

Vi undersøkte pasientrelaterte saker i det interne kvalitetssystemet ved den ene avdelingen. I perioden fra 2018 til og med 2021 fant vi at legemiddelhåndtering, prosedyresvikt, ressursmangel og mangel på plass til dårlige pasienter dominerte i meldingene fra sykepleierne ved sengepostene. De fleste av disse meldingene ser ut til å være rutinemessig behandlet og lukket av nærmeste leder.

Vi ser også at sykepleiere og leger ikke er samstemte på hva som skal meldes, og om det er grunnlag for å melde. Eksempelvis fant vi at sykepleierne ofte meldte avvik når legene ikke svarte på vakttelefon eller var opptatt. De mente at de ikke kontaktet legene uten at det var alvorlig, og at det derfor var å betrakte som et avvik når legene ikke kom. Legene vi intervjuet, mente at sykepleierne tilkalte dem unødvendig til situasjoner som egentlig ikke krevde legetilsyn, fordi det stadig var nye sykepleiere på sengeposten som ikke var erfarne nok.

Dersom en sykepleier på post melder en hendelse som involverer en lege, vil meldingen også sendes til enhetsleder for legene.

«Det er nesten alltid en lege involvert når det er en alvorlig hendelse. Vi vet ikke hvordan legene håndterer disse meldingene, og vi får ingen som helst tilbakemelding på hva som gjøres eller hvordan det følges opp. Vi kan godt bli sittende med et avvik som er et legeavvik fordi det har skjedd på sengeposten. Så gjør vi masse arbeid med analyse, og sender det videre til legene for å få deres vurdering. Så får vi en setning til svar som er: dette tar vi opp på morgenmøte. Så hører vi ikke mer.»

SYKEPLEIER

I Ukoms gjennomgang av pasientrelaterte saker ser vi at legene i liten grad melder i det interne kvalitetssystemet eller varsler til melde.no. Noen sa at de oftere melder uventede dødsfall til politiet enn at de varsler etter § 3-3a. Som sykepleierne, opplyste også legene at meldinger sjelden fører til konkrete tilbakemeldinger eller endringer, og derfor var det ikke hensiktsmessig å melde. Meldingene vi fant, handlet om hendelser med alvorlige konsekvenser og eventuelt død etter kirurgisk behandling. Leder avskrev stort sett disse meldingene med «kjent komplikasjon/kalkulert risiko». Slike hendelser blir altså vurdert til å være innenfor påregnelig risiko, og de gjøres dermed i liten grad tilgjengelige i lærings- og forbedringsarbeid. Komplikasjonene som rammet pasienten i vår historie ble betraktet som påregnelige og ble aldri meldt.

Oppsummert bekrefter våre funn i avdelingene Ukom undersøkte langt på vei det også Riksrevisjonen beskriver i rapporten ([14](#)), om at leders holdning påvirker meldekulturen og oppfølgingen av hendelsene.

Det grønne korset

		1	2		
		3	4		
		5	6		
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
		25	26		
		27	28		
		29	30	31	

"Det grønne korset".

I den ene avdelingen Ukom undersøkte, brukes Det grønne korset. Dette er et verktøy som skal føre til daglig oppmerksomhet på uønskede hendelser, nesten-hendelser og forbedringsforslag, og slik forbedre kvalitet, pasientsikkerhet og HMS. I praksis er Det grønne korset en kalender som henger på veggen, formet som et kors. Hendelser skal i tillegg meldes i internt kvalitetssystem, og en skal finne tiltak som skal forhindre at det samme skjer igjen. Dersom det verken har vært hendelser eller nesten-hendelser, er dagen grønn.

Det grønne korset

Det grønne korset er et verktøy som gir daglig søkelys på uønskede hendelser, nesten-hendelser og forbedringsforslag, og derved på kvalitet, pasient- og informasjonssikkerhet og HMS. Medarbeiderne fra aktuelle personellgrupper samles daglig for en gjennomgang av uønskede hendelser og mulig risiko det foregående døgnet. Hver medarbeider forteller kort hva de har opplevd/observert. Dagens dato fargelegges med riktig farge (grønt, gult eller rødt) ut fra antatt alvorlighetsgrad for hendelser siste døgnet. Den mest alvorlige hendelsen definerer fargevalget.

I intervjuene med Ukom trakk både sykepleiere, leger og ledere fram bruken av Det grønne korset. De fleste hendelsene som ble registrert, ble knyttet til at det var ressursknapphet. Disse registreringene var blitt brukt av leder til å framforhandle mer ressurser til avdelingen. Utover dette var verktøyet i liten grad utnyttet til å oppdage og dokumentere risiko eller planlegge forbedringsarbeid. Hendelser som blir registrert i Det grønne korset blir ikke nødvendigvis meldt i det interne kvalitetssystemet, og dette gjør det vanskelig å dele erfaringer og se sammenhenger utover egen enhet.

«Jeg tror vi kan være flinkere på dette med melding. Vi har en del møtepunkt for å diskutere denne problematikken.

Morgenmøter og grønne kors. Men mye av meldingen går på økonomisk administrative ting. Så har vi komplikasjonsmøter annenhver uke. Men i spesielle "cases" så burde kanskje leder tatt en avgjørelse.»

LEGE

Arbeidsmiljø med psykologisk trygghet

Helseforetakene har beskrevet hvordan de ønsker at arbeidsmiljø og meldeklima skal være. Dette står beskrevet i ulike strategidokumenter og verdiplakater ([27](#), [28](#), [29](#)). For å sikre god og trygg pasientbehandling må arbeidsmiljøet være preget av psykologisk trygghet, som innebærer åpenhet, tillit og respekt, der det skal være trygt å si ifra ([30](#), [31](#)).

Det er avgjørende at det finnes tilstrekkelig psykologisk trygghet på en arbeidsplass ([24](#)). Et forskningsprosjekt på amerikanske sykehus viste at de teamene som registrerte mest feil, hadde den største psykologiske tryggheten. Det vil si at det var trygt å fortelle ledelsen om feil som ble begått, slik at feilene kunne rettes og organisasjonen kunne lære av det. Det er et lederansvar å sikre at den psykologiske tryggheten er til stede, slik at frykten for å mislykkes ikke klarer å feste seg.

Arbeidsmiljø kan defineres som alle forhold på en arbeidsplass, mens arbeidskultur handler om de psykologiske mekanismene mellom ansatte, og mellom ansatte og ledelsen ([32](#)). Det kan finnes flere ulike *arbeidskulturer* på ett og samme sykehus. Dette kan skape forskjeller på hvordan situasjoner oppfattes og dermed på hva som meldes.

Et annet begrep er *normer*, som relateres til den uskrevne praksis på et arbeidssted; hvordan pleier vi å gjøre det hos oss? Spesielt der det er uklare prosedyrer vil en norm være trygghetsskapende. Normen skaper en forutsigbarhet i arbeidshverdagen og kan påvirke hvordan det oppleves å melde en hendelse. Hvis den som ytrer seg mot gjeldende norm opplever represalier, kan det utvikles en fryktkultur ([33](#)).

Vi fant at dersom helsepersonell som hadde vært involvert i en hendelse ikke var enige om hvorvidt hendelsen burde meldes, var det vanskelig å melde. I intervjuer kom det fram informasjon om leger som ikke ønsket å melde hendelser som kollega var involvert i, dersom kollegaen selv mente at hendelsen ikke var meldepliktig. Både faglig uenighet og pågående personkonflikter kan påvirke hva som blir meldt. I våre intervjuer med helsepersonell kom det fram at melding av hendelser også kunne bunne i interne konflikter.

«Å melde hendelser blir brukt i personkonflikter»

LEGE

«Å melde andres feil blir som å gå til angrep på hverandre, mer enn å si at her gikk vi feil»

LEGE

«Helsetilsynet tror jeg definitivt har noe for seg. Men det er jo ikke anonymt. Mange kan kanskje synes at det er skremmende.»

LEGE

I intervjuer fortalte flere leger at det ikke var rom for å gi tilbakemeldinger. De var redde for at dette kunne skape problemer for dem senere og opplevde dermed en form for fryktkultur. Mange leger har vikariat eller midlertidige stillinger og ønsker seg gjerne en fast stilling, andre har planer om forskning eller spesialisering innen fagfeltet. Riktignok var det bare noen få som hadde erfart negative konsekvenser selv, men usikkerheten hadde likevel spredd seg. Andre leger opplevde en større personlig trygghet, men så likevel at arbeidsmiljøet deres hadde en utfordring. Sykepleierne fortalte generelt om en større psykologisk trygghet på arbeidsplassen.

«Feil vil alltid skje når en opererer ofte nok. Hadde to lekkasjer på en uke, det var ille.»

LEGE

Både legene og sykepleierne ønsket å strekke seg langt for å ivareta pasientsikkerheten. De fleste var tydelige på at pasientene ble skjermet med tanke på indre konflikter i seksjonen, men enkelte mente likevel at det dårlige arbeidsmiljøet kunne gå utover pasientsikkerheten.

I en avdeling med manglende psykologisk trygghet, vil meldesystemet ikke bli brukt etter intensjonen, fordi den opplevde risikoen medfører at terskelen for å melde blir for høy. Ansatte vil raskt oppdage hvilken adferd leder verdsetter ([24](#)).

Ukom har gjennomgått data fra undersøkelsen ForBedring for perioden 2018–2020 fra den ene avdelingen. Våre funn gjenspeiler resultatene fra ForBedring når det gjelder arbeidsforhold, lederadferd og psykososialt/respektfullt arbeidsmiljø. I tallmaterialet ser vi at legene ikke synes det er trygt å si fra om kritikkverdige forhold, men de ønsker likevel å melde avvik og hendelser som kan føre til feil. Imidlertid viser vår gjennomgang av saker i kvalitetssystemene at legene i liten grad melder hendelser der.

ForBedring

ForBedring er en nasjonal undersøkelse som kartlegger arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og HMS på alle nivåer i hvert enkelt helseforetak. Den er gjennomført årlig siden 2017, og den har høy svarprosent.

Tid og kapasitet til å melde

En av faktorene Riksrevisjonen mener må ligge til grunn for at ansatte i utgangspunktet skal kunne melde, er at de må ha tid. I en internrevisjonsrapport fra Helse Vest RHF der en har intervjuet 310 ansatte i helseforetakene ([34](#)), oppgir 85 prosent at det ikke er tid til å melde avvik i løpet av en arbeidsdag. I tillegg vises det til at samtidighetskonflikter og mangel på tid og personell – altså ressursknapphet – er en viktig grunn til at alvorlige, uønskede hendelser oppstår.

Flere vi intervjuet forteller om svært travle arbeidsdager, med stadige samtidighetskonflikter og svært syke pasienter. De forteller at tiden ikke alltid strekker til for å dokumentere og melde om uønskede hendelser. Legene forteller at det særlig er på kveld, natt og i helgene at de opplever samtidighetskonflikter. Da må vaktteamet, med varierende erfaring på de ulike nivåene, fordele oppgaver som akutte operasjoner, arbeid i akuttmottak og tilsyn med dårlige pasienter på sengepostene. Høyt arbeidspress kan føre til at meldinger om uønskede hendelser blir utsatt og deretter glemt.

«Jeg har ikke tid til å sette meg ned foran en PC, logge meg inn i systemet og lete meg fram til hva som har skjedd med meldingen...»

SYKEPLEIER

«Vi har fokus på de kritisk syke pasientene, ikke på å melde»

LEGE

Både sykepleiere og ledere ved avdelingen beskriver sengepostene som attraktive og lærerike arbeidssteder. Nyutdannede sykepleiere får allsidig erfaring og går gjerne raskt videre inn i ulike spesialutdanninger. For avdelingen betyr dette at det stadig blir utskiftninger, og at mye tid går med til opplæring. Dermed øker belastningen på sykepleiere med lengre ansiennitet. De forteller at de bruker det interne meldesystemet aktivt for å melde om uønskede hendelser, men at det er tidkrevende også for dem.

Ressursknappheten i helsevesenet setter bemanningen på strekk – dette øker risiko for samtidighetskonflikter og at pasienthendelser oppstår både på grunn av lang ventetid og mangel på kompetanse blant ansatte på jobb. I neste omgang har ikke personalet tid til å melde hendelsen, og ledere har ikke tid eller ressurser til å iverksette tiltak.

Meldesystem

Ansatte i helseforetakene får opplæring i, og tilgang til det interne kvalitetssystemet, og de skal på selvstendig grunnlag kunne melde hendelser. For at dette skal fungere etter intensjonen, må de ha eierskap til systemet, slik at hendelser faktisk blir meldt – og deretter brukt i forbedringsarbeidet.

I Riksrevisjonens rapport blir det konkludert med at helseforetakene i liten grad bruker informasjon fra uønskede hendelser på en systematisk måte i det kontinuerlige forbedringsarbeidet. Når en del hendelser aldri blir meldt, vil de heller ikke bli søkbare og kunne danne grunnlag for læring og forbedring. Læringspotensialet blir ikke utnyttet.

De interne kvalitetssystemene er sannsynligvis godt egnet som verktøy for lokal læring, men gir mindre rom for læring mellom sykehus. Slike systemer gir heller ingen nasjonal oversikt.

I internrevisjonsrapporten fra Helse Vest RHF vises det til at det blir meldt mange driftsrelaterte avvik internt ([34](#)). Manglende såpe i dispenser blir brukt som eksempel på saker som burde vært ordnet uten intern melding og saksbehandling. En leder spør også om det er hensiktsmessig å fortsette å melde på områder en nødvendigvis ikke får gjort noe med.

Ett av våre funn er at systemet oppleves tungvint, og det fylles med «unødvendige» meldinger. Saksbehandlingen kan lett bli sjablonmessig og ikke læringsdrevet. Dette kan føre til en overbelastning av systemet der meldinger om pasienthendelser ikke blir håndtert etter intensjonen,

som er å bruke disse i forbedringsarbeid for å øke pasientsikkerheten. Legene forteller at slik meldesystemet brukes, synes de det gir liten grad av læring.

«Det er mye klaging, ting som andre ikke har fått gjort. Dette er den kanalen en har til å få ut frustrasjon. Det avvikssystemet burde heller hete forbedringssystem!»

SYKEPLEIER

«Hvert sykehus har sitt eget system, alle er kompliserte – det er de samme som har laget, som bruker og som kontrollerer systemet. »

LEGE

Erkjennelse av at noe kunne vært gjort annerledes

Mange helsepersonell opplever kritiske situasjoner daglig. Uønskede hendelser kan inntreffe til tross for at høykompetent personale er på plass og prosedyrer etterleves. I en behandlingskjede med mange involverte er det ikke umiddelbart lett å oppdage om noe er i ferd med å gå galt. En uønsket hendelse kan skyldes svikt i flere ledd, og da kan det, også i ettertid, være vanskelig å erkjenne om noe bør meldes eller varsles. I slike situasjoner vil nærmeste leders holdning være avgjørende for hva som blir meldt.

Store universitetssykehus har høy faglig kompetanse innenfor alle fagområder. Det som gjør en virksomhet fremragende, kan også innebære personlige belastninger for ansatte i miljø preget av prestisjekultur. I virksomheter med mye spesialkompetanse ser vi at det legges mye prestisje i faglige spørsmål, og at faglig uenighet kan utvikle seg til personkonflikter ([35](#)).

I et høyt spesialisert sykehusmiljø kan en ufeilbarlighetskultur vokse fram. Dette kan hemme åpenheten, både på personnivå og systemnivå. Åpenhet om, og erkjennelse av uønskede hendelser er en forutsetning for læring.

«Det er vanskelig å vite hva vi skulle gjort annerledes.
 Retrospektivt burde dette vært meldt »

LEGE

Begrepet «påregnelig risiko»

All medisinsk behandling medfører en usikkerhet som kommer på toppen av risikoen ved å være syk.

Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, skal varsle om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten ([8](#), [9](#), [10](#), [11](#)). Med «alvorlig hendelse» menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko og har sammenheng med helsehjelpen. Leger er dessuten pålagt å melde mistanke om unaturlig dødsfall til politiet ([13](#)).

Varsel om alvorlige hendelser

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a.: Virksomheter som er omfattet av loven her, skal straks varsle Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten om dødsfall eller svært alvorlig skade på pasient eller bruker som følge av tjenesteytelsen eller ved at en pasient eller bruker skader en annen, jf. helsetilsynsloven § 6 og lov 16. juni 2017 nr. 56 om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten § 7. Varslingsplikten gjelder dersom utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko (8).

En studie av Lindekleiv et al. viser at i perioden 2011–2017 økte antall § 3-3a-varsler fra norske sykehus fra 1,7 til 7,8 pr. 10 000 somatiske døgnopphold ([36](#)). Det var stor variasjon i meldingsantall mellom helseforetak. Forfatterne fant det lite sannsynlig at økningen var forårsaket av en reell underliggende økning av alvorlige hendelser i helseforetakene, men heller at forståelsen av hva som skulle meldes hadde endret seg.

Varslingsplikten er åpen for en betydelig grad av skjønn ([36](#)). Vilåret «påregnelig risiko» er et juridisk begrep som helsepersonell kan tolke forskjellig, og flere har etterlyst en presisering av begrepet ([37](#), [34](#)). Lovforarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven inneholder en setning om at «ved vurderingen av om en hendelse er etter denne bestemmelsen skal det legges vekt på om hendelsen kan skyldes feil, forsømmelser eller uhell på system- og/eller individnivå, om det er uklart hva som har skjedd og om saken framstår som kompleks» ([38](#)). Det er ikke utarbeidet noen forskrift eller veileder som utdyper vilåret «påregnelig risiko».

Med bakgrunn i forarbeidenes presisering av «feil, forsømmelser eller uhell», inntreffer det også en overlapping med hva leger skal melde til politiet. Denne meldeplikten går foran taushetsplikten, men gjelder i første omgang bare det objektive faktum at legen har mistanke om at det foreligger et unaturlig dødsfall ([13](#)). Ukom har sett at det ved enkeltavdelinger er en lavere terskel for å varsle politiet enn for å varsle i melde.no etter § 3-3a. Skjemaet Melding om dødsfall inneholder for eksempel flere påminnelser til legen som skriver meldingen om å varsle politiet ved mistanke om mulig unaturlig dødsfall. Det er ikke tilsvarende påminnelser om varsling etter § 3-3a. For dødsfall som er meldepliktig til politiet er nettopp «feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller

Ved sykehusavdelingene vi undersøkte, framsto terskelen for å varsle i melde.no som høy. I sykdomsforløpet vi omtaler oppstod det komplikasjoner, men disse ble vurdert å være innenfor påregnelig risiko. I løpet av det fire uker lange sykehusoppholdet, skrev 126 ulike personer i pasientjournalen, 49 av dem var leger. Likevel ble ingen hendelser meldt eller varslet. Selv om en i mange journalnotat omtaler tarmskaden som iatrogen og pasienten blir kritisk syk, er det ikke journalført noe om at en har diskutert å melde denne eller noen andre hendelser i det interne kvalitetssystemet eller varsle i melde.no. Ved utreise etter første opphold settes det en diagnose som indikerer skade påført som følge av kirurgi; «Utsiktet punksjon og laserasjon under kirurgiske og medisinske prosedyrer» (Diagnosekode T81.2 i ICD 10), uten at dette heller utløser noen form for melding.

En kirurg reflekterte i intervju om hvorvidt skaden i tarmen under den første operasjonen skulle meldes:

«Jeg har aldri tenkt at dette skulle være en meldepliktig skade. Jeg husker vi diskuterte inngrepet, men husker ikke at vi snakket om å melde.»

LEGE

Gjennom intervjuene kom det også fram ulike syn på om dødsfallet skulle vært varslet:

«Jeg vet det ble diskutert på intensiv om det skulle meldes. Men vi brukte alt vi hadde på sykehuset og internasjonalt for at denne pasienten skulle komme gjennom det.»

LEGE

«Når det gjelder hele pasientforløpet, mener jeg at denne saken kunne vært meldt»

LEGE

Oppsummert ser vi at spørsmålet om hva som regnes som påregnelig risiko fører til vanskelige avveininger av hva som skal varsles til myndighetene, særlig i komplekse pasientforløp.

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

6 Forbedring gjennom læring og endring

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

«Everyone in healthcare has two jobs when they come to work; to do their work and to improve it. This is the essence of quality improvement.»

PAUL BATALDEN

Sykehus er komplekse system med høyt skadepotensiale for den enkelte pasient dersom det oppstår alvorlige hendelser. Helsetjenesten er avhengig av å ha høyt faglig kvalifiserte og dyktige medarbeidere for å kunne gi god helsehjelp, behandling og pleie. Batalden og Stoltz kaller dette *profesjonskunnskap*, som er summen av fagkunnskap, spesialkunnskap, erfaringer og verdier, som kjennetegner de ulike profesjonsgruppene i helse- og omsorgstjenesten ([44](#)). Vi kan også kalle det klinisk kunnskap og kompetanse. Profesjonskunnskap er imidlertid ikke tilstrekkelig for å kunne gi trygge tjenester av god kvalitet. Helsetjenesten trenger i tillegg det som kalles forbedringskunnskap, som gir verktøy til å vurdere og forbedre kvaliteten på hele pasientforløpet. Forbedringskunnskap er kunnskap om system, om læring gjennom erfaring, om variasjon, endringspsykologi og samhandling i pasientforløpet ([44](#)).

For å få til effektiv, systematisk og kontinuerlig forbedring er forbedringskunnskap nødvendig som et supplement til profesjonskunnskapen. Det er spesielt viktig at ledere som skal håndtere avviksmeldinger har forbedringskompetanse ([45](#)), og Helse Vest RHF har et mål om at ti prosent av ansatte i kliniske avdelinger skal ha forbedringskompetanse ([34](#)).

Profesjonskunnskapen står naturligvis sterkt i det norske helsevesenet. Medisinsk, forskningsbasert kompetanse danner grunnlaget for pasientbehandlingen, og også for håndteringen av alvorlige, uønskede hendelser. Forbedringskunnskap er et fag som er mindre utviklet, og derfor vil det som gjøres av kvalitetsforbedringsarbeid ofte handle om å øke sin egen og avdelingens profesjonskunnskap.

Ved en uønsket pasienthendelse settes søkelyset fortsatt raskt mot detaljer i pasientens medisinske behandling. Dermed vil meldinger i kvalitetssystemet i hovedsak handle om den spesifikke behandlingen og om den medisinsk-faglige årsaken til at hendelsen kan ha oppstått – altså om profesjonskunnskapen. Konsekvensen av dette kan lett bli et individfokus med «shaming and blaming» som resultat, selv om det ikke er intensjonen. Løsningen vil ofte være å lage en ny retningslinje eller prosedyre.

Ved å betrakte hele pasientforløpet i systemperspektiv på tvers av ulike yrkesgrupper og avdelinger, vil det være mulig å få fram andre aspekt som kan danne grunnlag for forbedring gjennom læring og endring.

Pasient og pårørende har ofte relevant og viktig informasjon om uønskede hendelser og om hvordan virksomheten har håndtert hendelsen. Denne informasjon gir et mer helhetlig bilde enn om det bare innhentes opplysninger fra involvert helsepersonell. Ved å kombinere profesjonskunnskap og forbedringskunnskap med pasient/pårørendes erfaringer får virksomheten et bedre grunnlag for analyse og læring av hendelsene ([18](#)).

I avdelingen Ukom undersøkte er det høyt spesialisert helsepersonell som besitter avansert profesjonskunnskap. Legene forteller at slik det interne kvalitetssystemet brukes, gir det liten grad av læring for dem. De opplever at avdelingens lokale kvalitetsregister, det såkalte komplikasjonsregisteret, samt nasjonale medisinske kvalitetsregistre er bedre egnet, spesielt for registrering av kirurgiske komplikasjoner. I tillegg har legene regelmessige komplikasjonsmøter der kasuistikker (pasienthistorier) legges fram og diskuteres, og da kan en uønsket hendelse noen ganger bli besluttet meldt i det interne kvalitetssystemet og varslet i melde.no.

«Komplikasjonsmøtet oppleves som mye bedre enn det interne kvalitetsforbedringssystemet »

LEGE

«Alt går altså inn i vårt komplikasjonsregister.. og da er det kanskje unødvendig å ha det interne kvalitetssystemet? »

LEGE

Slike interne, faglige møter er viktige for å utvikle faget og profesjonskunnskapen. Utvalgte saker tas opp til diskusjon i plenum. Men møtene innebærer vanligvis ikke noen system- eller årsaksanalyse, og det blir i liten grad gitt tilbakemeldinger eller bidrag til læring utover egen yrkesgruppe ([14](#)). Slike møter krever også kollegial psykologisk trygghet for å ha læringsverdi, og avdelingen må ha en erkjennelse av hva som er uønskede hendelser for å kunne lære av dem.

«Pasientforløpet ble imidlertid drøftet i avdelingens komplikasjonsmøter. Reoperasjoner blir alltid diskutert der. Disse møtene oppleves som gode og faglig viktige.»

LEGE

Oppsummert utgjør de tre begrepene profesjonskunnskap, forbedringskunnskap og pasient-/pårørendeerfaringer de tre sirklene i figuren (fig. 3). Der de overlapper, ligger grunnlaget for forbedring gjennom læring og endring.

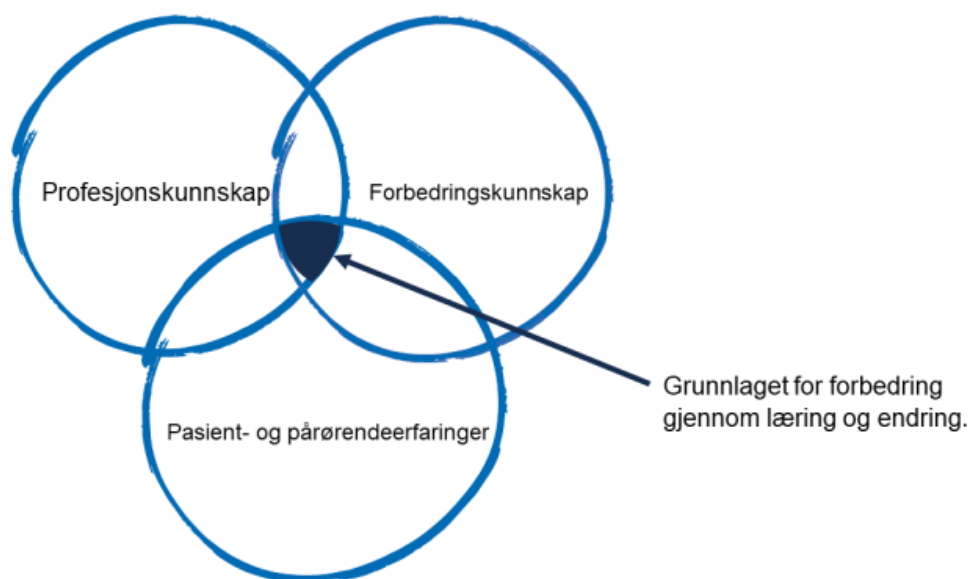


Fig 3: Ukom, etter modell fra Batalden og Stoltz (44).

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

7 Oppsummering av funn

Publisert 23. mars 2023 Sist oppdatert 23. mars 2023

I denne rapporten har Ukom sett på uønskede hendelser i sykehus, og på hvordan disse kan fanges opp, meldes og eventuelt varsles. Våre funn tyder på at mange alvorlige hendelser ikke blir meldt eller varslet. Helse- og omsorgstjenesten kan dermed gå glipp av viktig læring, og vi foreslår ulike forbedringspunkter i pasientsikkerhetsarbeidet. Arbeidet med å skape gode meldesystemer og god meldekultur er en kontinuerlig prosess. Ukom mener derfor at denne rapporten også har relevans for virksomheter som allerede har et velfungerende meldesystem.

«Påregnelig risiko» er et uklart begrep når det relateres til alvorlige hendelser i helsetjenesten. Dette påvirker om alvorlige hendelser blir varslet eller ikke, og vilkåret kan bli stående i veien for læringspotensialet ved en hendelse. For å oppnå læring er ikke påregnelig risiko en god markør for hva som skal meldes.

Profesjonskunnskapen står sterkt i vårt helsevesen, men så lenge forbedringskompetansen og bruken av pasient-/pårørendeerfaringer er mangelfull, er det vanskelig å få til systematisk læring og endring. Det bør være et mål at både ledere og ansatte gjennomfører den forbedringsutdanningen som tilbys i helse- og omsorgstjenesten.

Når en alvorlig hendelse har skjedd er åpenhet og dialog med pasient og pårørende verdifullt for alle parter, og viktig i gjennomgangen av hva som kunne vært gjort annerledes. Det kan oppstå konflikt dersom pasient/pårørende får en følelse av at det har skjedd feil, og at denne blir forsøkt tildekket. Helsetjenesten bør se på pasient/pårørende som aktive bidragsytere som kan stille kritiske spørsmål.

Undersøkelsen avdekket flere innvendinger mot dagens meldesystem. De interne meldesystemene overbelastes av mange «unødvendige» meldinger og står i fare for å miste sin funksjon som verktøy i forbedringsarbeidet. Kvalitetssystemene oppleves ikke som brukervennlige, og det kommer lite konkret tilbake i form av forbedringspunkter. Helsepersonell synes det er vanskelig å se nytten av å melde hendelser.

Ukoms vurdering er at lokal håndtering og oppfølging av uønskede hendelser er vesentlig for pasientsikkerheten. Dagens system ivaretar i liten grad læring på tvers av avdelinger, sykehus og regioner. Det er ingen nasjonal registrering av ikke-varselspliktige hendelser.

Ressursknapphet og tidspress i helsetjenesten kan føre til en negativ spiral; risikoen øker for at pasienthendelser oppstår, personalet opplever at de ikke har tid til å melde hendelsen, og ledere har ikke tid eller ressurser til å behandle meldinger og iverksette tiltak.

Drift av sykehus, enheter og avdelinger stiller store krav til dem som er ledere. Leders holdning påvirker meldekulturen og oppfølgingen av hendelsene. Det kan oppstå uklare lederlinjer når ledere med personalansvar har en utøvende klinisk rolle i tillegg til lederrollen. Hybridledere i store avdelinger kan medføre lederutfordringer og gi mindre rom for å melde hendelser.

Det er avgjørende at det finnes tilstrekkelig psykologisk trygghet på en arbeidsplass, og det er leders ansvar å sikre denne. Psykologisk trygghet er også en forutsetning for å få et meldesystem til å fungere.

En av forutsetningene for å kunne lære av en hendelse, er at helsepersonellet makter å se at noe kunne vært gjort annerledes. Etter en alvorlig hendelse kan det være krevende for de involverte å forstå at det kan være læring i det som har skjedd. Det er likevel viktig å stille spørsmål ved om noe kunne vært håndtert på en annen måte. Vi vurderer at helsetjenesten slik vil øke muligheten for læring og forbedring.

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

8 Våre anbefalinger og læringspunkt

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

Funnene i undersøkelsen leder til disse anbefalingene og læringspunktene.

Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet

Undersøkelsen viser at varslingsplikten til myndighetene åpner for stor grad av skjønn. Lovens vilkår «påregnelig risiko» forstås og praktiseres ulikt i helse- og omsorgstjenesten. Dette fører til stor variasjon i hva som varsles som alvorlig hendelse. Begrepet beskriver risiko på gruppenivå, men risikovurdering på gruppenivå kan ikke direkte overføres til individnivå. Begrepet «påregnelig risiko» kan føre til underrapportering av hendelser som kan gi grunnlag for læring.

- Ukom anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet vurderer vilkåret «påregnelig risiko» som terskel for å varsle om alvorlig hendelse. Departementet bør vurdere om vilkåret kan tas ut av lovteksten, eventuelt hvordan vilkåret kan tydeliggjøres for tjenesten. Det bør også vurderes om hendelser som kunne ha ført til alvorlig skade, nesten-hendelser, skal varsles.

Forbedrings- og kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten

For å lykkes med læring og forbedring etter alvorlige hendelser, må det ligge en god meldekultur i bunn. Melding av alvorlige hendelser gir grunnlag for læring, noe som igjen bidrar til bedre pasientsikkerhet. Undersøkelsen viser at det er flere faktorer som påvirker meldekulturen, og Ukom ønsker å trekke fram læringspunkt som kan styrke forutsetningene for god meldekultur i helse- og omsorgstjenesten.

Læringspunkter

- Helsetjenesten bør øke forbedringskompetansen i de kliniske miljøene. Helseforetakene bør styrke arbeidet med å tilby forbedringsutdanning til ledere og medarbeidere. Forbedringsmetodikk bør inngå i lederutdanningene.
- Virksomhetene i helse- og omsorgstjenesten må ha system for god kommunikasjon med, og involvering av pasient og pårørende etter alvorlige hendelser. Pasient og pårørende må sikres reell innflytelse i analyse og læring, der deres erfaringer blir brukt.
- Journalsystemene bør ha mulighet for varsel ved «tagging» av uønskede hendelser i løpende pasientjournal og epikrise (for eksempel ved bruk av ordene iatrogen, perforasjon, komplikasjon eller reoperasjon), både for å overvåke pasientforløpet underveis og oppnå melding og læring.
- Helseforetakene bør tydeliggjøre hva som skal, og ikke skal meldes i de interne kvalitetssystemene. Det bør utarbeides lister (ikke uttømmende) med forhåndsdefinerte pasienthendelser som uansett skal meldes og eventuelt varsles.
- Det må være en forventning at ledere i store avdelinger er ledere på heltid.

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

9 Gjennomføring av undersøkelsen

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

Vi har tatt utgangspunkt i to ulike sykehusavdelinger i to forskjellige helseforetak. Funn fra den ene avdelingen dannet grunnlaget for undersøkelsen vi gjorde i den andre avdelingen. Ukom hadde mottatt bekymringsmeldinger knyttet til arbeidsmiljø og meldekultur fra begge avdelingene. I arbeidet med undersøkelsen kom det fram en pasienthistorie som vi valgte å bruke for å belyse de ulike aspektene av temaet. I tråd med føringer i Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten, har vi utelatt alle personnavn i rapporten. Pasientens ektefelle ønsket å bli omtalt som «kona».

Vurderingene våre bygger på informasjon fra intervjuer, dokumenter fra sykehusene, dokumenter fra tilsynsmyndighet, politiet, offentlige rapporter, offentlige dokumenter og faglitteratur. Vi har også hatt dialog med fagpersoner underveis.

Ved gjennomgang og systematisering av innhentet skriftlig dokumentasjon fant vi grunnlag for noen tema som vi ønsket å belyse nærmere i intervjuene. Vi gjennomførte 32 semistrukturelle, individuelle intervjuer med ledere på ulike nivå, kvalitetsrådgivere, leger, sykepleiere og pasient- og brukerombud. Vi hadde også samtaler med pårørende til tre pasienter.

Våre intervjuer baseres på KREATIV-metoden, som benyttes for å innhente nøyaktig, relevant og pålitelig informasjon ([46](#)). Vi tok lydopptak av alle intervjuene og systematiserte informasjonen i ettertid. Denne dannet grunnlag for vårt analysearbeid, der vi søkte etter forutsetninger som må være innfridd for at en uønsket hendelse skal bli meldt.

Som grunnlag for de delene av analysen som forklarer årsaker og årsakssammenhenger har vi benyttet AcciMap ([47](#)). Denne metoden synliggjør hvordan forhold på ulike organisatoriske nivåer påvirker hverandre. Tilnærmingen gir en helhetlig forståelse av årsakssammenhenger på ulike nivåer.

Etterpåklokskap en feilkilde som det er viktig å være bevisst. Det er sjelden mulig å teste årsaksforklaringene fullt ut. For å komme fram til anbefalinger som kan være til hjelp for pasienter og relevante for helsetjenesten utover de undersøkte avdelingene, har vi gjennomført dialogmøter og forankret funnene våre med aktører som har gitt oss verdifulle tilbakemeldinger og innspill.

Underveis i arbeidet med undersøkelsen har vi fått nyttige innspill fra Ukoms refleksjonspanel ([48](#)). Informantene har fått mulighet til å gå gjennom sitater vi har brukt. Videre er funn og utkast til anbefalinger drøftet med brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, virksomheter og fagmiljø. Hver aktør har stilt med to eller flere personer i møtene med oss. Vi har gjennomført dialogmøter med:

- Norsk Sykepleierforbund (NSF)
- Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (LFKP)
- Helsedirektoratet
- Riksrevisjonen
- Norsk Pasientforening

- Pasientskadeforeningen
- Tre sykehus/helseforetak

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

10 Ukoms oppdrag

Publisert 23. mars 2023

Sist oppdatert 23. mars 2023

Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) er en uavhengig, statlig virksomhet som har fått i oppdrag å undersøke alvorlige hendelser og andre alvorlige forhold i helse- og omsorgstjenesten i Norge.

Ukom skal utrede hendelsesforløp, årsaksfaktorer og årsakssammenhenger. Formålet med undersøkelsene er å bedre pasient- og brukersikkerheten gjennom læring og forebygging av alvorlige hendelser.

Ukom tar ikke stilling til sivilrettslig eller strafferettslig skyld og ansvar.

Ukom avgjør selv hvilke alvorlige hendelser eller hvilke alvorlige forhold som skal undersøkes, tidspunktet for og omfanget av undersøkelsen samt hvordan den skal gjennomføres.

Undersøkelsene gjennomføres i dialog med involverte parter, det vil si ansatte i helse- og omsorgstjenesten, pasienter, brukere og pårørende.

Rapportene fra Ukom er offentlige, og de inneholder ikke referanser til enkeltpersoners navn og adresse. Det vurderes i hver enkelt undersøkelse om det refereres til sted for hendelsen.

Ukoms virksomhet er hjemlet i [lov om Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten av 16.06.2017 nr. 56](#).

MELDEKULTUR OG LÆRING AV UØNSKEDE PASIENTHENDELSER

11 Referanser

Publisert 23. mars 2023 Sist oppdatert 23. mars 2023

1. Huuse CF, Berg R, Oddstad G. Rutinesjekken [Nettartikkel]. Oslo: VG [oppdatert 17. januar 2022; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/x8Xko8/rutinesjekken>
2. WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance [Nettdokument]. Geneve: World Health Organization [oppdatert 16. september 2020; lest 28. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
3. Donaldson L. An organisation with a memory. Clinical Medicine 2002;2(5):452-7. DOI: 10.7861/clinmedicine.2-5-452
4. Aase K. Pasientsikkerhet. Oslo: Universitetsforlaget; 2022.
5. Edmondson AC. Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers. Qual Saf Health Care 2004;13:3-9. DOI: 10.1136/qhc.13.suppl_2.ii3
6. Hosar R, Deilkås ET, Røise O, Søfteland E. Vi trenger en nasjonal oversikt over alvorlige hendelser [Nettartikkel]. Oslo: Dagens Medisin [oppdatert 30. november 2021; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/vi-trenger-en-nasjonal-oversikt-over-alvorlige-hendelser/22067>
7. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. Odense/Florida/Sydney: The Resilient Health Care Net; 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>
8. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2022-12-16-92. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?qspesialisthelsetjeneste>
9. Lov om Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. LOV-2017-06-16-56. Sist endret i: LOV-2021-05-07-31. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-06-16-56?qLov%20om%20Statens%20unders%C3%B8kelseskommis>
10. Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven). LOV-2017-12-15-107. Sist endret i: LOV-2022-05-20-29. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-12-15-107>
11. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Sist endret i: LOV-2021-06-18-97. Tilgjengelig fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

12. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV-1999-07-02-63. Sist endret i: LOV-2022-12-16-92. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
13. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Sist endret i: LOV-2022-03-25-14. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?qHelsepersonelloven>
14. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2015. Oslo: Riksrevisjonen; 2016-2017. Dokument 3:2. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/selskapskontrollen2015.pdf>
15. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. FOR-2016-10-28-1250. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
16. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2018. Oslo: Riksrevisjonen; 2019-2020. Dokument 3:2. Tilgjengelig fra: <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/kontrollmedforvaltningenavstatligeselskaper>
17. Lipczak H, Schiøler TR. Rapporteringssystemer. I: Pedersen BL, Mogensen T, red. Patientsikkerhet - fra sanktion til læring. København: Munksgaard; 2003. s. 95-109.
18. Helsedirektoratet. Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Veileder til lov og forskrift. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
19. Ukom. Rapporter fra Ukom [Nettdokument]. Stavanger: Ukom [lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter>
20. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Rundskriv. Oslo: Helsedirektoratet; 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>
21. Moen SM, Iden P. Vi må ha åpenhet om alvorlige hendelser. Tidsskr Nor Legeforen 2023;143(3):194. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0780
22. Frich JC, Spehar I. Ledelsesutvikling for leger. Tidsskr Nor Legeforen 2018. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0645
23. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. Journal of Health Organization and Management 2015;29(3):353-66. DOI: 10.1108/JHOM-03-2013-0047
24. Edmondson AC. The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2019.
25. Brubakk K, Svendsen MV, Deilkås ET, Hofoss D, Barach P, Tjomsland O. Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. PLoS ONE 2021;16(10): e0258471. DOI: 10.1371/journal.pone.0258471

26. Fitzgerald E, Cawley D, Rowan NJ. Irish staff nurses perceptions of clinical incident reporting. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2011;3(2):14-21.
27. Oslo universitetssykehus: Delstrategi for pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og arbeidsmiljø 2022-2025. Oslo: ous-hf.no [oppdatert 8. februar 2022; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/143457>
28. UNN: Strategi for Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2021–2025. Tromsø: unn.no [oppdatert 13. oktober 2021; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://unn.no/Documents/Om-oss/UNN-strategi%202021-2025.pdf>
29. Helse Bergen: Om oss. Bergen: helse-bergen.no [oppdatert 22. januar 2021; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/om-oss>
30. Isachsen HB. Psykolog: – Mange steder aksepterer man litt for røff kommunikasjon. *Dagens Medisin* 16. november 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/barn-og-unge-eldre-ikke-bruk-folkehelse-folkehelse/psykolog-mange-steder-akse>
31. Braithwaite J, Herkes J, Ludlow K, Testa L, Lamprell G. Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open* 2017;7(11):e017708. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017708
32. Bang H. Organisasjonskultur. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
33. Solheim T. Fryktkultur skjuler seg bak dagens helseregime. Oslo: radikalportal.no [oppdatert 25. juni 2014; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://radikalportal.no/2014/06/25/fryktkultur-skjuler-seg-bak-dagens-helseregime/>
34. Internrevisjonen i Helse Vest RHF: Læring på tvers av uønskede hendinger. Stavanger: Helse Vest RHF; 2023. Internrevisjon. Tilgjengelig fra: <https://helse-vest.no/om-oss/internrevisjon>
35. Fjærtøft JB, Advocaat-Vedvik J. Ufeilbarlighetskultur er en hindring for å snakke om uønskede hendelser. *Dagens Medisin* 7. juli 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/ufeilbarlighetskultur-er-en-hindring-for-a-snakke-om-uonskede>
36. Lindekleiv H, Johannesen T, Bugge E. Varsler om alvorlige hendelser fra norske helseforetak 2011–17. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019. DOI: 10.4045/tidsskr.17.1118
37. Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Oslo: regjeringen.no; 2015. NOU 2015: 11.
38. Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 91 L (2010-2011): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) 2011. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/>
39. Vårdhandboken. Lex Maria och Lex Sarah [nettdokument]. Stockholm: vardhandboken.se [oppdatert 26. mars 2021; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/avvikelse--och-riskhantering/lex-ma>
40. Bordvik M. Sykehuset brøt loven da Ella døde. – En katastrofe, sier KK-sjefen. [Nettartikkel]. Bergen: Bergens Tidende [oppdatert 10. juli 2022; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra:

<https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/ALObEA/sykehuset-broet-loven-da-ella-doede-en-katastrofe-sier-kk-sjefen>

41. Norsk Pasientskadeerstatning: Undersøkelse av samsvar mellom NPE-saker og saker i sykehusenes meldesystemer 2014-2017. Oslo: NPE; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/globalassets/dokumenter/pdf-publikasjoner-fra-npe/rapporter/2019-npe-saker-vs-meldesyste>
42. Jakobsen L. Usikkerheten – og frykten for å gjøre feil [Nettartikkel]. Oslo: Dagens Medisin [oppdatert 15. april 2022; lest 1. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/usikkerheten-og-frykten-for-a-gjore-feil/225193>
43. Helse- og omsorgsdepartementet. Mandat for utvalg: Evaluering av varselordningene for helse- og omsorgstjenestene [Nettdokument]. Oslo: Regjeringen; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/varselutvalet/varselutvalgets-mandat/id2911302/>
44. Batalden PB, Stoltz PK. A Framework for the Continual Improvement of Health care: Building and Applying Professional and Improvement knowledge to test Changes in daily Work. The Joint Commission Journal on Quality Improvement 1993;19(10):424-47. DOI: 10.1016/S1070-3241(16)30025-6
45. Pasientsikkerhetsprogrammet. Forbedringsguiden. Oslo: Helsedirektoratet; 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.ityggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden>
46. Rachlew A, Løken G-E, Bergestuen ST. Den profesjonelle samtalen. Oslo: Universitetsforlaget; 2020.
47. Rasmussen J. Risk management in a dynamic society: a modelling problem. Safety Science 1997;27(2-3):183-213. DOI: 10.1016/S0925-7535(97)00052-0
48. Ukom. Refleksjonspanelet [Nettdokument]. Stavanger: Ukom [oppdatert 23. desember 2022; lest 7. mars 2023]. Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/om-ukom/refleksjonspanelet>

**Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten**

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924

ISBN 978-82-8465-030-2



Saksframlegg til BU Brukerutvalget

Møtedato: 12.05.2023

Saksnr: 23/23
Sakstype: Orientering
Saksid: 23/00236-32

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Saker til kommende møte per mai 2023

Vedlegg: brukerutvalgets årsplan 2023 (i saken).

Hensikten med saken:

Brukerutvalget behandlet i sak 53/22 utvalgets møteplan for 2023, neste møter er fredag 12. mai kl. 09-12, saken legges fram for å oppdatere utvalget på saker til kommende møte med mulighet for innspill til saker/tema til kommende møte, utover de som står der foreløpig. Oppdatering av årsplan legges fram i hvert påfølgende møte.

Forslag til konklusjon:

1. Saken tas til orientering.
2. Innspill til saker i møte noteres:
-

Tønsberg, 25. mai 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Overordnet møteplan 2023 brukerutvalget ved Sykehuset i Vestfold HF

	31. august 2023
1	Godkjenning av protokoll fra møte 31. mai
2	Videre oppfølging av samvalg
3	rapportering av nøkkeltall
4	Brukerstyrtepoliklinikker
5	
6	Møteplan for 2024
7	Adm. direktørs orientering
8	saker til kommende møte
9	Referatsaker og erfaringsutveksling 2 saker
10	Eventuelt

	19. oktober 2023
1	Godkjenning av protokoll fra møte 31. august
2	brukerundersøkelsen Si din mening, oppdatering, sak 10/23
3	
4	
5	
6	Møteplan for 2023
7	Adm. direktørs orientering
8	saker til kommende møte
9	Referatsaker og erfaringsutveksling 2 saker
10	Eventuelt

	7. desember 2023
1	Godkjenning av protokoll fra møte 19. oktober
2	februar møte rapportering av nøkkeltall
3	
4	
5	
6	
7	Adm. direktørs orientering
8	saker til kommende møte
9	Referatsaker og erfaringsutveksling 2 saker
10	Eventuelt
	Evalueringsav BU sitt arbeid 2022, i formøte



Saksframlegg til BU Brukerutvalget

Møtedato: 31.05.2023

Saksnr: 24/23
Sakstype: Orientering
Saksid: 23/00236-37

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Referatsaker mai 2023

Vedlegg:

Protokoll Styret for Sykehuset i Vestfold HF 10.05.2023

HSØ Agenda leder og nestleder møter 24. mai 2023

HSØ BU Foreløpig protokoll brukerutvalgsmøte 25. og 26. april 2023

HSØ Program UR samling 2.- 3. juni 2023

Hensikten med saken:

Saken gir oversikt over nye, viktige dokumenter som er mottatt siden siste møte i brukerutvalget.

Forslag til konklusjon:

Brukerutvalget tar den framlagte referatsaken til orientering.

Tønsberg, 25. mai 2023

Stein Kinserdal
administrerende direktør



Program for møte mellom ledere og nestledere i brukerutvalg i Helse Sør-Øst

Dato: 24. mai 2023 kl. 09.30 – 14.30

Sted: Radisson Blu Airport Hotel, Oslo Gardermoen

Møteledere: Aina Nybakke (leder) og Odvar Jacobsen (nestleder), regionalt brukerutvalg

Tid	Sak
09.30 – 10.00	Velkommen
10.00 – 11.00	Viktigste sakene/utfordringene for Helse Sør-Øst v/ Terje Rootwelt, administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF
11.00 – 11.30 (inkl. pause)	Refleksjon etter innlegg fra AD
11.30 – 12.15	Lunsj
12.15 – 13.00	Helsekompetanse v/ John-Erik Larsen, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF og Tore Neset, leder Regional kompetansetjeneste for pasient- og pårørendeopplæring Sørlandet sykehus HF
13.00 – 13.15	Pause
13.15 – 14.00	Delstrategi samvalg v/ Simone Kienlin, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF
14.00 – 14.30	Oppsummering

Foreløpig protokoll

Brukerutvalg:	Helse Sør-Øst RHF
Møtested:	Hamar
Dato:	25. april 2023 kl. 10.15 – 16.15 26. april 2023 kl. 08.30 – 14.30

Fra brukerutvalget:

Aina Nybakke	Leder
Odvar Jacobsen	Nestleder
Dagfinn Haarr	Forfall
Egil Rye-Hytten	
Faridah Shakoora Nabaggala	
Fredrik Nilsson	
Heidi Skaara Brorson	
Heidi Hanssen	
Kjartan Thøring Stensvold	
Lilli-Ann Stensdal	
Sebastian Blancaflor	(kom 13.30 dag 1)
Sondre Bogen-Straume	

Fra administrasjonen møtte:

Knut Even Lindsjörn	Avdelingsdirektør samhandling og brukermedvirkning
---------------------	--

Innledere:

056-2023 Terje Rootwelt, administrerende direktør og Ulrich Spreng, fagdirektør Helse Sør-Øst RHF
060-2023 Marit Alver-Jacobsen, pasient- og brukerombud Innlandet
061-2023 Mona Stensby, konserndirektør
062-2023 Mona Stensby, konserndirektør
064-2023 Thomas Vestre Hansen, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF
065-2023 Thomas Vestre Hansen, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF
066-2023 Terje Rootwelt, administrerende direktør og Øyvind Grinde, enhetsleder Helse Sør-Øst RHF

067-2023 Kirsti Bjørge, fagsjef Helse Sør-Øst RHF

068-2023 Cecilie Skule, avdelingsdirektør Helse Sør-Øst RHF og Øystein Kjos,
divisjonsdirektør Akershus universitetssykehus HF

053-2023	Godkjenning av innkalling og sakliste
-----------------	--

V E D T A K

Godkjent.

054-2023	Protokoll brukerutvalgets møte 7. og 8. mars 2023
-----------------	--

V E D T A K

Godkjent.

055-2023	Referat arbeidsutvalgets møte 12. april 2023
-----------------	---

V E D T A K

Til orientering.

056-2023	Dialog/orienteringer fra Terje Rootwelt, administrerende direktør og Ulrich Spreng, fagdirektør Helse Sør-Øst RHF
-----------------	--

Dialogpunkter:

- Status intensivkapasitet
- Høringen av helsepersonellkommisjonen
- Forskningsmidler
- Forprosjektrapport om psykisk helsevern A-hus
- Videreutvikling av basestasjoner i Oslo for ambulansen
- Samfunnsansvar: miljø og bærekraft blant annet
- Skytjeneste
- Livsvitenskapsbygget
- Hjertekirurgien på Ullevål flyttes permanent

V E D T A K

Til orientering.

057-2023	Erfaringsutveksling
-----------------	----------------------------

Brukerutvalgets medlemmer har i perioden deltatt i:

- Arbeidsgruppen fellesoppdrag rehabilitering
- Hjerneskadennettverket (RKE)
- Fagplan fys. med og rehabilitering
- Regionalt samhandlingsnettverk
- Oppgavedeling og bydelsfordeling i Oslo
- Infomøte faglige anbefalinger Helse-arbeid i regi av HOD (interregionalt)
- Rehabiliteringsforum
- Fagråd radiologi og nukleærmedisin
- Fagnettverk Hjerterehabilitering
- Kontaktperson i brukerutvalg
 - Sykehuset Innlandet HF
 - Oslo universitetssykehus HF
- Møte med HOD Nasjonalt senter for E-helseforskning
- Styringsgruppe Helselogistikk x 2
- Nettverksgruppe Digitale innbyggertjenester
- Gastronet
- Referansegruppe RHABU
- Styringsgruppe Mine timeavtaler
- Nettverk for regionale pasientbrev
- Samarbeidsforum digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten
- FFO-samarbeidet i Helse Sør-Øst RHF
- E-dir tilgang til informasjon
- Oslo universitetssykehus HF om digital kompetanse
- Regionalt innsatsteam for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring,
- Programkomite for regional pasientsikkerhetsuke
- Planleggingskomite til regional pasient -og pårørende konferanse
- Regionalt underutvalg for utdanning
- Styremøte Helse Sør-Øst RHF
- Interregionalt brukerutvalgsmøte
- Styringsgruppemøte – regionalt prosjekt veiledet internettbehandling/eMestring
- Styringsgruppemøte Felles henvisningsmottak PHV -statusoppdatering
- Styreseminar styrene i Helse Sør-Øst
- Oppstartsmøte anskaffelser PHV Spiseforstyrrelser
- Fagråd Psykisk helsevern
- Intern BU arbeidsgruppe, Høring: Tid for handling, Helsepersonellkommisjon mv.
- Fagråd rehabilitering
- Programkomité for fagdag for nettverk for tidlig rehabilitering
- Prosjektgruppe Felles Henvisningsmottak (FHM)

- Nettverksgruppe Digitale innbyggertjenester
- Fagråd immunologi
- Nasjonal gruppe regranskning av screeningsprogrammene livmor og bryst.
- Nasjonal styringsgruppe tarmkreftscreening

VEDTAK

Til orientering.

058-2023	Konferanser, invitasjoner og deltagelser
-----------------	---

VEDTAK

Oppnevninger i perioden

Heidi Hanssen er foreslått til implementering av program for regelmessig netthinneundersøkelser for diabetes retinopati.

059-2023	Saker til orientering, innkommet post
-----------------	--

Protokoll/referat brukerutvalgsmøter helseforetak:

1. Martina Hansens Hospital
2. Sørlandet sykehus HF
3. Oslo universitetssykehus HF
4. Vestre Viken HF
5. Revmatismesykehuset
6. Sykehuset Østfold HF (22. februar)
7. Sykehuset Østfold HF (22. mars)
8. Sykehuset i Vestfold HF

Referat ungdomsråd helseforetak:

9. Sykehuset Innlandet HF

Andre orienteringer:

10. Uttalelse brukerutvalget – Informasjonssikkerhet
11. Høring - Nasjonalt pasientforløp langvarig utmattelse uten kjent årsak inkludert CFS/ME
12. Årsrapport brukerutvalget Vestre Viken HF
13. Utkast møtereferat Styringsgruppemøte - Praksisprosjektet HSØ

VEDTAK

Til orientering.

060-2023	Deltakelse / orientering pasient- og brukerombud v/ Marit Alver-Jacobsen, pasient- og brukerombud Innlandet
-----------------	--

Dialogpunkter:

- Mulig å være anonym i kontakt
- Høy terskel for å avvise saker
- Prioriterer sårbare grupper, slik som ungdom
- Følger opp klagesaker fra sykehusene
- Ombudet har ansatt ny samisktalende rådgiver

VEDTAK

Til orientering.

061-2023	Orientering Fritt behandlingsvalg v/ Mona Stensby, konserndirektør
-----------------	---

Dialogpunkter:

- Viktig at pasienter på døgnbehandling får et tilsvarende tilbud om behandling
- Prioriteringsveilederen kan være problematisk
- Viktig med utdanningskapasiteten
- Brukerutvalget vil følge arbeidet videre

VEDTAK

Brukerutvalget tar redegjørelsen til orientering. Brukerutvalget er bekymret for hvordan Helse Sør-Øst RHF skal øke egen kapasitet og tilgang til spesialister. Det er viktig at pasientene får tilbud om videre behandling og at de ikke henvises til et lavere behandlingsnivå etter avskaffelse av Fritt behandlingsvalg. Pasienter har fortsatt behov for kontinuitet i sin behandling.

062-2023	Orientering – Oppgavedeling/bydelsfordeling v/ Mona Stensby, konserndirektør
-----------------	---

Dialogpunkter:

- Viktig med en god plan for informasjon til alle berørte pasienter
- Behov for å ta med brukerrepresentant fra aktuelle bydeler

V E D T A K

Brukerutvalget tar redegjørelsen til orientering og vil følge videre med på arbeidet. Brukerutvalget ber Helse Sør-Øst RHF etterspørre brukerrepresentant fra bydelen. Brukerutvalget ønsker å bli oppdatert videre.

063-2023	Høring – NOU 2023:5 – den store forskjellen – om kvinners helse og betydning av kjønn for helse
-----------------	--

V E D T A K

Brukerutvalget ønsker å skrive uttalelse til høringen. Lilli-Ann Stensdal, Heidi Hanssen og Faridah Nabaggala deltar i arbeidsgruppe. Lilli-Ann tar ansvar for videre arbeid. Sekretær for brukerutvalget vil delta i arbeidsgruppen. Forslag til uttalelse presenteres til brukerutvalgsmøte i mai.

064-2023	Ekstern høring av utkast til Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling v/ Thomas Vestre Hansen, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF
-----------------	--

V E D T A K

Brukerutvalget ønsker å skrive uttalelse til høringen. Fredrik Nilsson, Sondre Bogen-Straume og Aina Nybakke deltar i arbeidsgruppe. Fredrik Nilsson tar ansvar for videre arbeid. Sekretær for brukerutvalget vil delta i arbeidsgruppen. Forslag til uttalelse presenteres til brukerutvalgsmøte i mai.

065-2023	Status innføring av felles henvisningsmottak psykisk helsevern (PHV) v/ Thomas Vestre Hansen, spesialrådgiver Helse Sør-Øst RHF
-----------------	--

Dialogpunkter:

- Nettsiden er veldig god, bør sees på
- Bedre oversikt over behovet.
- Disse erfaringene bør tas med til andre områder i helsevesenet
- Brukerutvalget ønsker dialog om ny statusoppdatering

V E D T A K

Brukerutvalget tar redegjørelsen til orientering og er svært positive til arbeidet som gjøres og planene fremover.

066-2023	Organisering av personvernombud i Helse Sør-Øst v/ Terje Rootwelt, administrerende direktør og Øyvind Grinde, enhetsleder Helse Sør-Øst RHF
-----------------	--

V E D T A K

Brukerutvalget tar redegjørelsen til orientering. Brukerutvalget støtter og ønsker organiseringen velkommen.

067-2023	Høring – NOU:8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse v/ Kirsti Bjørge, fagsjef Helse Sør-Øst RHF
-----------------	--

V E D T A K

Brukerutvalget ønsker å skrive uttalelse til høringen. Sebastian Blancaflor og Kjartan Thøring Stensvold deltar i arbeidsgruppen sammen med sekretær for brukerutvalget. Sebastian Blancaflor tar ansvar for videre arbeid. Alle i brukerutvalget sender innspill til Sebastian Blancaflor. Forslag til uttalelse presenteres til brukerutvalgsmøte i mai.

068-2023	Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri v/ Cecilie Skule, avdelingsdirektør Helse Sør-Øst RHF og Øystein Kjos, divisjonsdirektør Akershus universitetssykehus HF
-----------------	---

Dialogpunkter:

- Hva skal gjøres på kommunenivå?
- Kan man skille yngre fra eldre, spesielt når det gjelder dømte på avdeling

V E D T A K

Brukerutvalget tar redegjørelsen til orientering og ber Helse Sør-Øst RHF ta med seg innspill som framkom i møte. Brukerutvalget er positive til planen.

069-2023	Oppsummering fra fellesmøte med styret
-----------------	---

Gode tilbakemeldinger på innleggene. Styret var fornøyde med temaene. Viktig at brukerutvalget tar opp igjen tidligere temaer som trenger mer fokus. Ca. 40 personer fulgte innleggene digitalt.

V E D T A K

Til orientering.

070-2023	Oppfølging fra regionalt innsatsteam vedrørende delir
-----------------	--

Dialogpunkter i brukerutvalget:

- Viktig at temaet etterspørres, sette fokus på det.
- Bør settes inn innsats på forskning.
- Brukerutvalget er forundret over at ikke alle helseforetakene har svart.

V E D T A K

Brukerutvalget tar redegjørelsen til orientering.

071-2023	Innspill sakliste leder/nestledermøte 24. mai
-----------------	--

Innspill til eventuelt neste møte:

- Utvikling av helsefellesskap
- Kjøreregler for lyd og bilde
- Frivillige i helsevesenet
- Frivillige organisasjoner og læring og mestring

V E D T A K

Til orientering.

072-2023	Kommende møter
-----------------	-----------------------

- Styrets årsplan
- Brukerutvalgets års og møteplan (arbeidsdokument)



VEDTAK

Til orientering.



Samling for ungdomsråd Helse Sør-Øst

Dato: 2. juni 2023 kl 18.00 – 21.00
 3. juni 2023 kl 09.00 – 16.00
 Sted: Radisson Hotel & Conference Centre Oslo Airport
 Møteledere: Ungdomsrådet Sykehuset Østfold HF

2. juni 2023

Tid	Tema
18.00 – 19.00	Pizza
19.00 – 21.00 (inkl. pause)	Gjennomslag i sykehuset <i>Dialog/gruppeoppgaver</i>

3. juni 2023

Tid	Tema
09.00 – 09.30	Gjennomgang av felles retningslinjer UR v/ Ida-Anette Kalrud, Helse Sør-Øst RHF <i>Orientering fra Helse Sør-Øst RHF om retningslinje for ungdomsråd og hvordan det digitale kurset kan brukes i opplæringen</i>
09.30 – 09.45	Pause
09.45 – 11.30 (inkl pause)	Pasient- og brukerombudet (POBO) - gjennomgang av sitt mandat, og hvordan pasienter og pårørende kan nyttiggjøre den hjelpen POBO tilbyr v/ Anna Ryymin, Pasient- og brukerombud i Oslo og Viken, kontor Oslo, Sosial- og eldreombud i Oslo og Mette Berget Bråthen, Teamleder for spesialisthelsetjenesten Innspill fra UR
11.30 – 11.45	Pause
11.45 – 13.00	Orientering - hvordan være en brukerrepresentant v/ Rune Kløvtveit, leder brukerutvalget Vestre Viken HF
13.00 – 14.00	Lunsj
14.00 – 16.00 (inkl. pause og gruppearbeid)	Synliggjøring av ungdomsrådet/håndtering av sosiale medier v/ Hedda Holth, kommunikasjonsrådgiver Oslo universitetssykehus HF og Nina Olkvam, kommunikasjonsrådgiver Helse Sør-Øst RHF Gruppearbeid – problemstillinger - Retningslinje for bruk av sosiale medier i HF-et og hva bør UR følge? - Hvem i UR skal kunne legge ut på sosiale medier? - Hvilken rolle skal/bør koordinator ha?

	• Innholdsstrategi for bruk/hvem er målgruppen? • Er ungdomsrådene bevisste nok på bruk av kanaler i forhold til målgrupper og budskap?
--	---



Møteprotokoll

Styret for Sykehuset i Vestfold HF

Møtetid	onsdag 10. mai 2023, kl. 14:15
Møtested	Sykehuset i Vestfold HF, CA-E1 møterom 028
Arkivsak:	22/05186

Tilstede

Oppnevnt av foretaksmøte (2022-2024):

Per Christian Voss, leder
Guro Winsvold, nestleder
Hans August Hanssen
Charlotte Johanne Haug
Anne Biering
Elisabeth Longva, *forfall*
Frode Myrvold

Valgt av ansatte (2023-2025):

Lise Nordahl
Ellen H. Folkestad
Terje-Kåre Hansen Lundgård
Nina Christin Clausen

Observatører med tale og forslagsrett:
Anne Elisabeth Frogner, leder brukerutvalget

Forfall

Av 11 medlemmer var 10 tilstede.

Ellers møtte

Adm. direktør Stein Kinserdal
Økonomidirektør Roger Gjennestad
Fagdirektør Jon Anders Takvam
Klinikksjef MK Jørn E Jacobsen
HR-direktør Bente Krauss
Klinikksjef KK Siri Vedeld Hammer
Kommunikasjonsdirektør Merete Bugsett Lindahl
Klinikksjef KFMR Gro E Aasland
Klinikksjef KPA Christian Reissig
Klinikksjef PH Erik Nordberg
Klinikksjef KMD Lene A. Hoffstad
Direktør Servicediv. Jostein Todal
Teknologi direktør Terje Haug
Katrine Svinterud, referent

Det var ingen merknader til innkalling eller sakliste.

SAKSKART			Side
35/23	22/05186-12	Godkjenning av protokoll fra styrets møte 29. mars 2023	3
36/23	23/00069-43	Forskning og innovasjon i SiV - mai 2023	3
37/23	20/04072-5	Barnepalliasjon (PALBU) i SiV	4
38/23	23/00836-7	Rapportering mars 2023	4
39/23	23/00185-8	Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024	5
40/23	21/05197-46	Anskaffelse av MR nr. 3	5
41/23	23/00069-42	Årsmelding 2022 for Pasient- og brukerombudet	6
42/23	23/00069-41	Styrets møteplan 2024	6
43/23	23/00069-38	Brukerutvalgets leders orientering 10.05.2023	7
44/23	23/00069-17	Administrerende direktørs orientering 10.05.2023	8
45/23	23/00069-39	Status for eksterne tilsyn og revisjoner mai 2023	8
46/23	23/00069-40	Status for oppfølging av styrevedtak mai 2023	9
47/23	23/00069-36	Styrets årsplan 2023 - oppdatert per mai 2023	9
48/23	23/00069-35	Referatsaker 10.05.2023	10
49/23	23/00069-34	Eventuelt 10.05.2023	10

Saker til behandling**35/23 Godkjenning av protokoll fra styrets møte 29. mars 2023**

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	35/23

Hensikten med saken

Forslaget til protokoll fra styrets foregående møter er signert elektronisk av alle styremedlemmer.

Forslag til vedtak

Protokoll fra styrets møte 29. mars 2023 godkjennes.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Protokoll fra styrets møte 29. mars 2023 godkjennes.

36/23 Forskning og innovasjon i SiV - mai 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	36/23

Hensikten med saken

Styret ved SiV HF får et innblikk i forskningsaktiviteten ved SiV HF. Dagens forskningstema er fra overlege og stipendiat Natasha Demic ved Nevrologisk avdeling, Medisinsk klinikk.

På 15 minutter vil Natasha Demic presentere sitt PhD prosjekt «PROSPOS- prospektiv studie om parkinsonisme».

Forslag til vedtak

Styret tar saken til orientering.

Møtebehandling

Natasha Demic ved Nevrologisk avdeling, Medisinsk klinikk, presenterte PROSPOS-prospektiv studie om parkinsonisme.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar saken til orientering.

37/23 Barnepalliasjon (PALBU) i SiV

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	37/23

Hensikten med saken

Barnepalliativt team (PALBU) er etablert i SiV. Overlege og leder for PALBU, Tine Falk Taksdal, vil i møtet presentere arbeidet med barnepalliasjon i SiV.

Forslag til vedtak

1. Styret tar presentasjon av PALBU til orientering.
2. Styret ber om at dette viktige arbeidet videreutvikles i SiV.

Møtebehandling

Tine Taksdal overlege barne og ungdomsavdelingen og leder PALBU presenterte barnepalliasjon (PALBU) i SiV.

Styret takket for en presentasjon, og uttrykte anerkjennelse og stolthet av arbeidet PALBU gjør.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Styret tar presentasjon av PALBU til orientering.
2. Styret ber om at dette viktige arbeidet videreutvikles i SiV.

38/23 Rapportering mars 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	38/23

Hensikten med saken

Helse Sør-Østs oppdrag og bestilling til SiV inneholder mange mål og oppgaver. HSØ fokuserer for 2023 på enkelte av dem, og disse følges opp månedlig og legges til grunn for rapporteringen i styremøtene. I tillegg rapporteres det på handlingsplanene for Medisinsk klinikk og Kirurgisk klinikk.

Forslag til vedtak

Styret tar rapporteringen til etterretning.

Møtebehandling

Økonomidirektør Roger Gjennestad presenterte status for arbeidet med oppfølging av oppdrag og bestilling for 2022 pr mars måned.

Klinikkssjef medisin Jørn E. Jacobsen presenterte klinikkens økonomiske resultater for april måned.

Klinikkssjef kirurgi Siri V. Hammer presenterte klinikkens økonomiske resultater for april måned.

Styret takk for gode ærlige presentasjoner og ser samtidige med bekymring på de negative økonomiske resultatene.

Administrerende direktørs konklusjon ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. Styret tar rapporteringen til orientering.
2. Styret er bekymret for den økonomiske situasjon i medisinsk og kirurgisk klinikk og forventer økt fokus på tiltak som bidrar til at aktivitet- og resultatmålene for 2023 nås.

39/23 Helsefellesskapet i Vestfold Handlingsplan for 2024

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	39/23

Hensikten med saken

Helsefellesskapet i Vestfold handlingsplan for 2024 er under utarbeidelse og et forslag planlegges fremlagt for SSU og Partnerskapet i kommende møter i juni. Hensikten med denne saken er å få styrets føringer og innspill på hva SiV skal fremføre i den pågående planprosessen for handlingsplan 2024.

Forslag til vedtak

SiV legger denne saken og eventuelle ytterligere føringer og innspill fra styret til grunn for innspill til Helsefellesskapet i Vestfold handlingsplan for 2024.

Møtebehandling

Samhandlingssjef Erik Nordberg presenterte Helsefellesskapet i Vestfold handlingsplan for 2024.

Styret synes handlingsplanen er god, den er kvalitativ og kunne vært ønsket noe mer kvantitativ.

Administrerende direktørs konklusjon ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. SiV legger denne saken med føringer og innspill fra styret til grunn for innspill til Helsefellesskapet i Vestfold handlingsplan for 2024.
2. Styret ber om at det i neste styremøter blir en orientering om det praktiske arbeidet og resultater i Helsefellesskapet.

40/23 Anskaffelse av MR nr. 3

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	40/23

Hensikten med saken

Pasientenes behov for MR-undersøkelser øker stadig. Til tross for unormalt høy utnyttelse av foretakets 2 MR-maskiner, må stadig flere pasienter henvises til private institusjoner. Ut fra vurderingen av pasientsikkerhet, kapasitet og konsekvensene ved nedetid, anbefaler administrerende direktør å anskaffe en tredje MR. Totalkostnaden for anskaffelsen er over 20 millioner kroner og foretaket må derfor søke Helse Sør-Øst om godkjenning for en slik anskaffelse.

Forslag til vedtak

Styret støtter anskaffelsen av en tredje MR og ber administrerende direktør søke Helse Sør-Øst om godkjenning for denne investeringen.

Møtebehandling

Økonomidirektør Roger Gjennestad orientert om anskaffelse av MR nr. 3.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret støtter anskaffelsen av en tredje MR og ber administrerende direktør søke Helse Sør-Øst om godkjenning for denne investeringen.

41/23 Årsmelding 2022 for Pasient- og brukerombudet

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	41/23

Hensikten med saken

Pasient- og brukerombudet i Vestfold og Telemark, har oversendt felles nasjonale årsmelding om virksomheten i 2022 og med egne oppsummeringspunkter for Vestfold.

Ombudet vil selv gi en orientering om årsmeldingen samt oppsummeringspunkter i styrets møte.

Forslag til vedtak

Styret tar årsmelding 2022 for Pasient- og brukerombudet inklusiv oppsummeringspunkter for Vestfold til orientering.

Møtebehandling

Pasient og brukerombud i Vestfold Torunn Grinvoll presenterte årsmelding 2022 med hovedfokus på egne oppsummeringspunkter for Vestfold.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar årsmelding 2022 for Pasient- og brukerombudet inklusiv oppsummeringspunkter for Vestfold til orientering.

42/23 Styrets møteplan 2024

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	42/23

Hensikten med saken

Styrets møteplan 2024 skal i størst mulig grad være tilpasset kjente, eksterne arrangementer. Planen er også et viktig referansepunkt for foretaksintern planlegging av kalenderårets møter og arrangementer.

Forslag til vedtak

1. styret vedtar følgende plan for sine møter i 2024
 - a) Onsdag 21. februar
 - b) Torsdag 21. mars
 - c) Onsdag 15. mai
 - d) Onsdag 26. juni
 - e) Onsdag 25. september
 - f) Onsdag 30. oktober
 - g) Onsdag 27. november
 - h) Onsdag 18. desember
2. Styremøtene holdes i tidsrommet 14.15-19.00, bortsett fra desember møtet som starter kl. 09.15-14.00. Det ventes holdt ordinære foretaksmøter medio februar og i juni.

Møtebehandling

Møtetiden utvides med en time og juni møte vurderes dato endret til tidligere i måneden.

Administrerende direktørs konklusjon ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

1. styret vedtar følgende plan for sine møter i 2024
 - i) Onsdag 21. februar
 - j) Torsdag 21. mars
 - k) Onsdag 15. mai
 - l) Torsdag 20. juni
 - m) Onsdag 25. september
 - n) Onsdag 30. oktober
 - o) Onsdag 27. november
 - p) Onsdag 18. desember
2. Styremøtene holdes i tidsrommet 13.15-19.00, bortsett fra desember møtet som starter kl. 09.15-15.00. Det ventes holdt ordinære foretaksmøter medio februar og i juni.

43/23 Brukerutvalgets leders orientering 10.05.2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	43/23

Hensikten med saken

Brukerutvalgets leder gir i hvert møte en muntlig orientering om aktuelle saker og temaer som styret bør være kjent med.

Forslag til vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

Møtebehandling

Leder av brukerutvalget Anne Elisabeth Frogner orienterte om følgende saker, Erik Hansen har trukket seg som leder, helhetlig pasientforløp og fagutvalg akuttkjedeprosjektet.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar redegjørelsen til orientering.

44/23 Administrerende direktørs orientering 10.05.2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	44/23

Hensikten med saken

Administrerende direktør gir i hvert møte en orientering om aktuelle saker og temaer, som styret bør være kjent med.

I kommende styremøte, vil styret få orientering om nedenstående:

1. Arbeidet med styresak 21.juni om uønsket variasjon, jfr. HSØs seminar for HF-styrene og AD-ene
2. HSØ-styrets behandling og vedtak i styresak 029/2023 om prosessplattform og digital hjemmeoppfølging – gjennomføring av brukernær tjenesteutvikling.
3. Klima og miljøarbeid i SiV.

Forslag til vedtak

Styret tar orienteringene til etterretning.

Møtebehandling

Administrerende direktør Stein Kinserdal orienterte om følgende saker uønsket variasjon og HSØ-styrets behandling med vedtak i styresak 029/2023 om prosessplattform og digital hjemmeoppfølging – gjennomføring av brukernær tjenesteutvikling. Klima og miljøarbeid i SiV utsette til juni møte.

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar orienteringene til etterretning.

45/23 Status for eksterne tilsyn og revisjoner mai 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	45/23

Hensikten med saken

Sykehuset i Vestfold HF følger til enhver tid opp en rekke eksterne tilsyn og revisjoner, både varslede, pågående og nylig avsluttede saker. Hensikten med statusoversikten er å

holde styret løpende orientert om disse tilsynene og revisjonene, om hva som eventuelt er notert som avvik, og når sakene forventes lukket.

Forslag til vedtak

Styret tar statusoversikt for eksterne tilsyn og revisjoner per mai 2023 til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar statusoversikt for eksterne tilsyn og revisjoner per mai 2023 til orientering.

46/23 Status for oppfølging av styrevedtak mai 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	46/23

Hensikten med saken

Saken gir oversikt over administrerende direktørs oppfølging av de styrevedtak som forutsetter særskilte tiltak.

Forslag til vedtak

Styret tar statusoversikt for oppfølging av styrevedtak pr mai 2023 til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar statusoversikt for oppfølging av styrevedtak pr mai 2023 til orientering.

47/23 Styrets årsplan 2023 - oppdatert per mai 2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	47/23

Hensikten med saken

Styret vedtok møteplan for 2023 i møte 13.desember 2022, sak 118/22. Her følger oppdatert versjon av styrets årsplan, med oversikt over de saker som forventes behandlet i 2023. Oppdatering av årsplanen legges fram i hvert påfølgende styremøte.

Forslag til vedtak

Styret tar oppdatert årsplan for 2023 per mai 2023 til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar oppdatert årsplan for 2023 per mai 2023 til orientering.

48/23 Referatsaker 10.05.2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	48/23

Hensikten med saken

Saken gir oversikt over nye, viktige dokumenter som er mottatt siden siste styremøte.

Forslag til vedtak

Styret tar den framlagte referatsaken til orientering.

Møtebehandling

Administrerende direktørs forslag ble enstemmig vedtatt.

Vedtak

Styret tar den framlagte referatsaken til orientering.

49/23 Eventuelt 10.05.2023

Behandlet av	Møtedato	Saknr
1 Styret for Sykehuset i Vestfold HF	10.05.2023	49/23

1. Styreleder informerte om brev fra HSØ RHF, styremedlemmer er å anse som PEP-er, politisk eksponert personer. Brevet sendes styremedlemmene per e-post.
2. Styreleder informerte om ansettelsesprosess av ny administrerende direktør. Det skal oppnevnes et ansettelsesutvalg. De ansattvalgte styremedlemmene bes om i styremøtet 21. juni å foreslå ett av de ansattvalgte styremedlemmene til å være med i ansettelsesutvalget.
3. Styremedlem Ellen Folkestad poengterte at spesialisthelsetjenesten er en del av totalforsvaret til Norge, ønsker sak/informasjon om sykehusets beredskapsplaner på tema/sivilt militært samarbeid.

Møte ble hevet kl. 19.40



Saksframlegg til
BU Brukerutvalget

Møtedato: 31.05.2023

Saksnr: 25/23
Sakstype: Annen
Saksid: 23/00236-36

Saksbehandler: Katrine Svinterud

Eventuelt 31.05.2023

.

.