

# **Venn eller fiende i pasientsikkerhetsarbeidet?**

## Undersøkelsesenhetsens samfunnsoppdrag og mandat

Gro Vik Knutsen, [gvk@helsetilsynet.no](mailto:gvk@helsetilsynet.no)

Avdelingsdirektør, Undersøkelsesenheten , Statens helsetilsyn

Erfaringskonferansen om varselordningen (spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a) for somatisk spesialisthelsetjeneste

Gardermoen 4. desember 2014

# Hvem er dere?

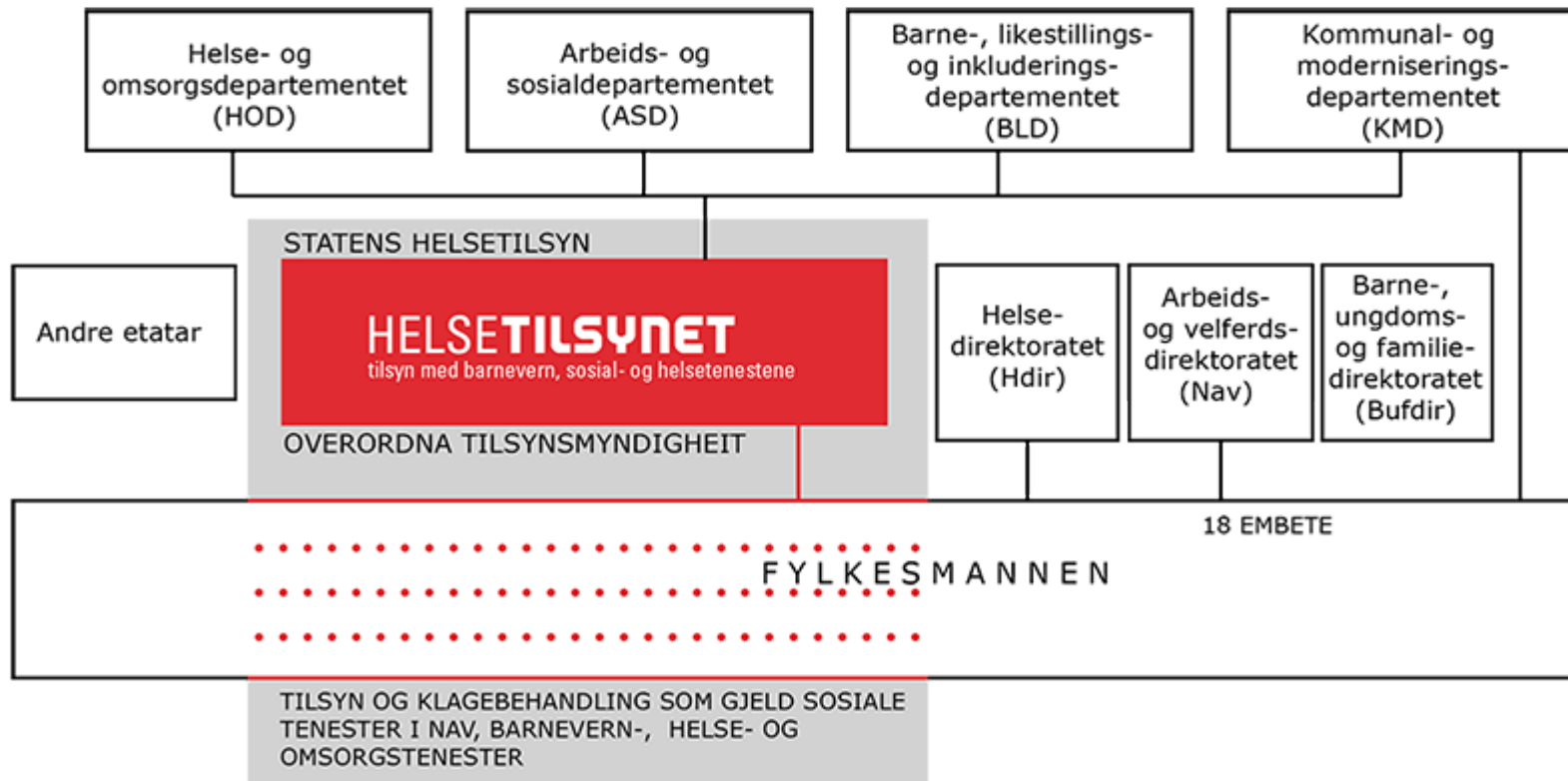
- Klinikere
- Ansatte i kvalitetsavdelinger/  
stabsfunksjoner
- Mellomledere
- Ledere på klinikk/foretaksnivå
- Fylkesmennene
- Pårørende
- Pasient- og brukerombud
- Arianson-utvalget
- Andre



# Hvem er vi?



# Organisering sentrale statsforvaltning



# Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn

- Egen avdeling fra 1. oktober 2013
- Avdelingsledelsen: avd.direktør (lege), fagsjef (jurist) og fagdirektør (lege)
- Tverrfaglig sammensatt:
  - 5 leger – anestesilege, barnelege (nyfødttmedisin), gastrokirurg, gynekolog og geriater
  - 3 sykepleiere - jordmor, intensivsykepleier og psykiatrisk sykepleier
  - 5 jurister med bred forvaltningsbakgrunn
  - 2 seniorrådgivere med spesiell kompetanse i bl.a rapportskrivning, formidling og statistikk
  - 1 konsulent
  - 2 (3) bioingeniører (tilsyn blod, celler, vev og organer)
- Bruke den samlede kompetansen i Statens helsetilsyn

# Samfunnsoppdraget

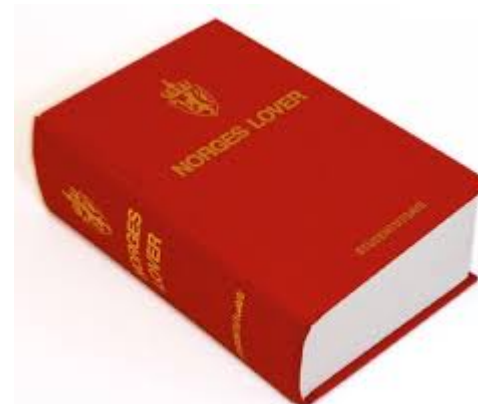


**Tilsyn med barnevern,  
sosial- og helsetjenestene**

**HELSETILSYNET**

# Spesialisthelsetjenesten § 3-3a – varsel til Statens helsetilsyn om alvorlig hendelse

*For å sikre tilsynsmessig oppfølging skal helseforetak og virksomheter som har avtale med helseforetaket eller regionale helseforetak straks varsle om alvorlig hendelse til Statens helsetilsyn. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko*



# Varslingsplikt for spesialisthelsetjenesten ved alvorlige hendelser

- Lovpålagt ordning fra 1. januar 2012 (sphtjl § 3-3a)
- Varslingsplikten gjelder dødsfall eller betydelig pasientskade hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko
- Varselet skal sendes per epost til Statens helsetilsyn senest neste dag
- Ordningen er omtalt i Stortingsmeldingen *God kvalitet – trygge tjenester (2012-2013)*
- Oppdragsdokument fra HOD datert 28. juni 2013





# Oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet:



HELSE- OG  
OMSORGSDEPARTEMENTET

- *Undersøkelsesenheten skal behandle varsler om alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten, og bidra til at tilsynet raskere identifiserer uforsvarlige forhold*
- *Enheten skal sørge for å få saken raskt og mest mulig opplyst og være i stand til å rykke ut på befaring*
- *Pasient og/eller pårørende skal høres og involveres*
- *Som et ledd i å fremme læring, etter at saken er avsluttet, lage en rapport i en form som kan offentliggjøres. Læringsaspektet skal her særlig drøftes*

# Vårt hovedopdrag: Understøtte virksomhetenes arbeid med pasientsikkerhet

- Helseforetakenes ansvar å sørge for forsvarlig virksomhet
- Helseforetakene må selv gjøre en jobb etter alvorlige hendelser, inkludert analysere årsaker, påvise dårlige rutiner, jobbe med nødvendige barrierer, kultur, informere pasient og pårørende etc
- Helsetilsynet skal understøtte dette arbeidet gjennom sine tilsynsaktiviteter





# Hvorfor erfaringskonferanse om varselordningen?

- Statens helsetilsyn trenger å høste erfaringer og bistand til videre utviklingsarbeid
- Dere trenger at vi deler noen erfaringer fra varselordningen (?)
- Felles behov for å bli bedre til å følge opp alvorlige hendelser i spesialisthelsetjenesten
  
- Spørsmål: Blir det en uavhengig undersøkelseskommissjon?
  - Utspill fra helseminister Bent Høie juni 2014
  - Arianson-utvalget

# Utfordringer i Undersøkelsesenhetens arbeid

- Understøtte virksomhetenes ansvar, men ikke frata virksomhetenes ansvar for oppfølging etter alvorlige hendelser
- Forventning om å følge opp alle varsler, men prioritere hvilke varsler der stedlig tilsyn er nødvendig og hensiktsmessig
- Varslene kommer direkte til Statens helsetilsyn, men Fylkesmannen har det øvrige ansvaret for tilsynet i fylket
- Ha på plass nødvendig kompetanse i Undersøkelsesenheten, men ikke unødvendig bruk av ressurser
- Jobbe tett på virksomhetene, men granskningen og undersøkingene skal være uavhengige

# Utfordringer

- Vektlegge system/virksomhetsperspektiv, men også påpeke og vurdere det enkelte helsepersonellets ansvar
- Vurdere lovbrudd/kontrollfunksjon, men samtidig fremme læring i virksomhetene
- Skrive grundige rapporter, men ikke bruke for lang tid
- Publisere rapporter til læring, men ikke ønske om at media "fråtser" i våre saker
- Gi anbefalinger til politiet om etterforskning/begjæring av påtale, men tilsynet følger ikke et eventuelt straffespor

## Pasient og pårørende

- Involvering av pasient og pårørende var en del av hensikten med at varselordningen ble opprettet
- Alvorlige hendelser handler først og fremst om pasienter som har blitt alvorlig skadet eller pårørende som har mistet en av sine
- Pasient og pårørende har ofte viktig informasjon og kan bidra til å opplyse saksforholdet på en bedre måte
- Hva innebærer **involvering** av pasient og pårørende?
  - Ved stedlige tilsyn: Alle pårørende tilbys samtale
  - Ved alle varsler: Påpeke helseforetakets plikt til å informere pasient og pårørende. Er dette tilstrekkelig?
- Ønske om å "snu alle steiner" – er det mulig eller alltid ønskelig?

## Vår hovedutfordring:

Gjennomføre oppfølging av varsler, inkludert stedlige tilsyn, slik at helseforetakets eget arbeid med pasientsikkerhet understøttes!

