

Kvalitet og Pasientsikkerhet

Veileder for håndtering av uønskede hendelser

- organisatorisk læring og forbedring

**Reviderte anbefalinger
i Helse Sør-Øst,
September 2013**

Godkjenning av dokumentet:

Versjon nr (endelig)	1.98
Godkjent dato	26.09.2013
Godkjent av	Fagdirektører

Endringslogg

Versjon	Dato	Endret av	Beskrivelse av endring/behandling/godkjenning
1.00	6/2008		Godkjent og publisert.
1.02	13.10.2010	INBLIX	Utkast til ny versjon ihht Ledergruppe-sak 182-2010. Sendt til arbeidsgruppe.
1.03	21.10.2010	INBLIX	Lagt inn tekst. Sendt på høring 21.10.2010.
1.04	22.10.2010	INBLIX	Oppdatert statistikk (3) og revidert vedlegg 4.
1.05	28.10.2010	Arbeidsgruppe	Oppdatert statistikk, struktur mv
1.06	02.11.2010	INBLIX	Innarbeidelse av høringsinnspill.
1.1	13.3.2013		§ 3-3 ny meldeplikt til Kunnskapscenteret.
1.11	13.3.2013		Stortingsmelding 9 og 10.
1.12	21.5.2013		Innspillrunde Helseforetak, private ideelle sykehus, brukerutvalg og Helse Sør-Øst RHF
1.15	6.8.2013		Innarbeidelse av høringsinnspill
1.18	8.6.2013		Innspill fra brukerutvalget
1.96	4.9.2013		Samlede innspill og ny strukturering av veileder
1.97	10.9.13		Vedtatt i regionalt brukerutvalg
1.98	26.9.13		Godkjent i fagdirektørmøte
1.99			
2.00			

"Brukerne forventer en helsetjeneste som gir trygghet. Den skal inneholde god pasientsikkerhet og ha færre uønskede hendelser. De hendelser som skjer må frem i lyset og danne grunnlag for læring og bedring av systemer."

Regionalt brukerutvalg – Helse Sør-Øst

"Behandlingen skal være planlagt, koordinert, kunnskapsbasert og gis uten unødig ventetid i forløpet."

Regionalt brukerutvalg – Helse Sør-Øst

"Pasienten skal møtes med respekt og det skal være god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, samt aktuelle pårørende. En god dialog er spesielt viktig når det oppstår en uheldig hendelse."

Regionalt brukerutvalg – Helse Sør-Øst

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
1 Innledning	4
1.1 Føringer for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet	4
1.2 Regionale føringer for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.....	5
2 Definisjoner.....	6
3 Håndtering av uønskede hendelser	7
3.1 Hendeshåndtering i et systemperspektiv	10
3.2 Pasientrelatert hendelse.....	11
3.2.1 § 3-3 Meldeplikt.....	11
3.2.2 § 3-3a Varslingsplikt	11
3.2.3 3-3 melding på internett.....	12
3.3 Personalrelatert hendelse.....	12
3.4 HMS realterte hendelser.....	12
3.5 Hendelse relatert til medisinsk utstyr.....	13
3.6 Avvik, merknad og forbedringsområde funnet ved tilsyn	13
4 Bakgrunnsinformasjon.....	14
4.1 Ledelse, risikostyring og kontinuerlig forbedring.....	14
4.2 Identifisering, håndtering, oppfølging og læring av uønskede hendelser	14
4.3 Ivaretagelse av pasient og pårørende	15
4.4 Ivaretagelse av involvert personell.....	16
5 Varsling	16
6 Strategi og videreutvikling.....	19
7 Vedlegg	20
7.1 Vedlegg 1 - Oversikt over meldepliktige forhold	20
7.2 Vedlegg 2 - Meldeplikt til Kunnskapscenteret – begrepsforståelse.....	22
7.3 Vedlegg 3 - Eksempel på arbeidsflyt for håndtering av registrerte hendelser	23
7.4 Vedlegg 4 - Kategorisering av hendelser.....	24
7.5 Vedlegg 5 - Ledelsens gjennomgåelse – oppfølging av tilsyn	26
7.6 Vedlegg 6 – Plan for håndtering av uønskede hendelser.....	27
7.7 Vedlegg 7 - Hendelse-/Årsaksanalyse	27
7.8 Vedlegg 8 - Innspill fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF	28
7.9 Vedlegg 9 - Innspill fra helseforetak/virksomhet	29

1 Innledning

Helsetjenestens kvalitet måles i møtet med den enkelte pasient. Grunnlaget for god kvalitet er at medarbeidere og brukere på systematisk vis engasjeres i forbedrings- og utviklingsarbeid og at det er etablert holdninger, kultur og lederskap som understøtter dette. Vi legger vekt på en verdibasert ledelse og har særskilt satt fokus på de nasjonale verdiene kvalitet, trygghet og respekt.

Dette betyr at alle medarbeidere og ledere i Helse Sør-Øst skal bidra til åpenhet om feil og mangler i tjenesten slik at tiltak kan iverksettes og tjenestene forbedres. Ledere skal bidra til utvikling av en lærende organisasjon og sikre trygge og forutsigbare tjenester gjennom blant annet å involvere brukere og medarbeidere i forbedrings- og utviklingsarbeid. Ved hjelp av ny nasjonal meldeordning for pasientrelaterte uønskede hendelser og ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi skal vi nå, enda mer enn før, også lære av hverandre, både på et regionalt og nasjonal nivå.

Formålet med denne veilederen er å sikre god behandling og oppfølging for våre pasienter og ansatte gjennom bruk av standarder og lik forståelse i håndtering av uønskede hendelser. Veilederen erstatter versjon 1.06 fra 2010.

1.1 Føringer for arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet

Det overordnede målet for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet er:

- Et mer brukerorientert helse- og omsorgstilbud
- Økt satsing på systematisk kvalitetsforbedring
- Bedre pasientsikkerhet og færre uønskede hendelser

Norge har gode helse- og omsorgstjenester, takket være sterke fellesskapsløsninger. Tjenestene skal ha god kvalitet, være tilgjengelige innenfor forsvarlig ventetid, og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av sosial bakgrunn og bosted. Men det er fortsatt utfordringer på en del områder. Pasientskader fører til unødig lidelse og er en viktig årsak til forlenget sykehusopphold. Infeksjoner og feil bruk av legemidler er de to vanligste årsakene til pasientskader. Sett fra pasienter og brukeres ståsted er det også rom for forbedring. Det gjelder pasientenes syn på helsetjenesten, informasjonsflyt og kommunikasjon, og koordinering mellom ulike deler av tjenesten.

”Pasienter og brukeres behov skal stå i sentrum. Helse- og omsorgstjenesten er blitt mer brukerorientert de senere årene, men det er rom for forbedring. Regjeringen vil bidra til at pasienter og brukere i større grad skal oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige. De skal få informasjon og støtte som gjør at de kan bidra i beslutninger, og det skal legges vekt på at brukerne er forskjellige og at den enkeltes behov kan endres over tid.”

”Pasienter og brukere skal være trygge på at helse- og omsorgstjenesten har etablert systemer og en kultur for å melde, analysere, lære av og forebygge uønskede hendelser. Oversikten over omfang og risikoområder skal bli bedre. Hendelser som har eller kunne ha ført til pasientskade, skal analyseres og følges opp med tiltak”.

”For å lære av feil og for å bedre kvaliteten på tilbudet, må vi ha kunnskap om kvaliteten og pasientsikkerheten, og åpenhet om resultatene. Ansatte og ledere må vite om virksomheten drives med for høy risiko og om det er for stor variasjon i resultatene”.

(Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester).¹

¹ (Meld. St. 10 (2012–2013) [God kvalitet – trygge tjenester](#)).

Samhandlingsreformen legger til grunn for en helhetstankegang i helsetjenesten, og fokus i IKT strategisk langtidsplan er utvikling av felles IKT-systemer og integrasjon av dagens IKT-systemer, slik at avviksbehandling i tilstrekkelig grad støtter helhetlige pasientforløp og elektronisk samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivåer.

”Etablerte systemer for håndtering av uønskede hendelser skal legge til rette for organisatorisk læring og forbedring. Dette betinger at erfaringer deles og at informasjon om uønskede hendelsers årsaker og effekter av tiltak gjøres tilgjengelig i vår region”.

(Meld. St. 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal).²

1.2 Regionale føringer for arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Håndtering av uønskede hendelser har siden midten av 1990-tallet, vært en del av et helhetlig kvalitetssystem som er integrert i helseforetakenes styringssystem. Målet er å begrense skade, hindre gjentakelser, sette i verk korrigerende tiltak, forebyggende tiltak og forbedringstiltak på alle nivåer i virksomheten. Antall uønskede hendelser knyttet til pasient registrert i helseforetakene/sykehusenes avvikssystemer hadde en økning på 18,8 % fra 2011 til 2012.

Kvalitet, pasientsikkerhet og standardisering av IKT-løsninger er hovedpilarene i Helse Sør-Øst plan for strategisk utvikling av foretaksgruppen³. Dette skal være høyest prioritert slik at vi forbedrer både pasientbehandlingen og samhandlingen på tvers av sykehusene og med kommunene.

Som et ledd i ambisjonen om å være ”en drivkraft for kvalitet, pasientsikkerhet og samhandling i pasientbehandlingen” er målsetning beskrevet i **Samhandlingsreformen**⁴: «elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på». Dette er også en målsetning for Helse Sør-Øst. IKT er viktige verktøy for å sikre samhandling, og bedre kvalitet og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen. Kjernevirksomhetens behov skal ligge til grunn for standardisering og utvikling av IKT-løsningene. Helse Sør-Øst's plan for strategisk utvikling⁵ har som målsetning at felles regionale systemer skal etableres. Systemene skal understøtte kliniske og administrative prosesser gjennom standardisering av arbeidsprosesser.

Brukermedvirkning er et av de beste midlene for å sikre at pasienter og pårørendes stemmer blir hørt og at dette behandles som gode kunnskapskilder og erfaringer. Helse Sør-Øst har en ambisjon om å være et utstillingsvindu for god brukermedvirkning, og legger til rette for dette gjennom dialog og deltakelse.

Det er et bærende prinsipp at den interne styringen og kontrollen skal tilpasses den risiko og egenart som gjelder for virksomheten⁶. Identifisering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser er således ett av flere sentrale elementer i virksomhetsstyringen. Systemer for virksomhetsstyring og internkontroll skal sikre etterlevelse av myndighetskrav, lover, forskrifter og virksomhetens egne krav. Herunder er det et sentralt mål å forebygge svikt ved hjelp av god risikostyring og læring av uønskede hendelser.

² (Meld. St. 9 (2012–2013) [Én innbygger – én journal](#)).

³ Helse Sør-Øst RHF - [Plan for strategisk utvikling 2013-2020](#)

⁴ Samspill 2.0. [Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013](#)

⁵ Helse Sør-Øst RHF – [IKT strategi og handlingsplan](#)

⁶ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731)

2 Definisjoner

Definisjonene er gjeldende for region Helse Sør-Øst.

Alvorlig uønsket hendelse - pasientrelatert¹: Dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko.

Anmerkning eller forbedringsforslag: Uttrykt behov/ønske om å iverksette tiltak for å oppnå en potensiell forbedring. Forbedringsforslaget og tiltaket behøver ikke være initiert av et avvik eller en uønsket hendelse/tilstand.

Arbeidsulykke⁷: En plutselig eller uventet ytre hendelse under arbeidet. Som arbeidsulykke regnes også en konkret tidsbegrenset hendelse som medfører en påkjenning eller belastning som er usedvanlig i forhold til det som er normalt i vedkommendes arbeid.

Avvik: ”Mangel på oppfyllelse av et krav”. Med krav forstås behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk (ISO 9000). For eksempel brudd på lov, forskrift, virksomhetens egne krav, ulykke eller uhell hvor det bør vurderes tiltak for å unngå gjentakelse.

Betydelig pasientskade/kunne ført til betydelig pasientskade (Helsedirektoratet): Hendelse som har eller kunne ført til skade av en slik art og/eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt

Forebyggende tiltak: Tiltak organisasjonen iverksetter for å eliminere årsakene til potensielle avvik for å hindre at de oppstår (ISO 9001 og internkontrollforeskriften).

Korrigerende tiltak: Tiltak organisasjonen iverksetter for å eliminere årsak til avviket, hindre gjentakelse (ISO 9001 og internkontrollforeskriften).

Medisinskteknisk utstyr: Medisinsk utstyr er alt utstyr som fra produsentens side er ment å skulle anvendes i behandling av mennesker i den hensikt å diagnostisere, forebygge, overvåke, behandle eller lindre sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. Også visse svangerskapsforebyggende midler, samt hjelpemidler til funksjonshemmede faller inn under definisjonen.

Meldeplikt: Lovpålagt melding av uønsket hendelse til myndighet(er), for eksempel Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjensten, Statens helsetilsyn, NAV, Arbeidstilsynet

Miljøavvik: Avvik som omhandler hendelse knyttet til påvirkning på ytre miljø.

Nestenuhell: Uønsket hendelse som under noen endrede vilkår kunne medført skade på personer, miljø og/eller verdier.

Organisatorisk læring: Læring og tilpasning som går ut over enkeltpersoner, og som får effekt på organisasjonen ved strukturelle, systemmessige, politiske eller kulturelle endringer.

Risikostyring: Prosess som gjennomføres av styret og ledelsen, anvendt i fastsettelse av strategi og på tvers av virksomheten, for å identifisere potensielle hendelser som kan påvirke

⁷ Folketrygdloven

virksomheten og for å håndtere risiko slik at den er i samsvar med virksomhetens aksepterte risikonivå, for å gi rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse.

Strakstiltak: Tiltak for å begrense skaden eller andre hastetiltak som for eksempel telefonisk straksmelding til aktuell myndighet (Direktorat for samfunnssikkerhet og beredskap, Politi, Statens strålevern, Statens Helsetilsyn, Fylkesmannen, Folkehelseinstituttet mv).

Tilsyn: Myndighetsapparatets kontroll med hvordan rettslige forpliktelser knyttet til ekstern produksjon, aktivitet eller posisjon etterleves, samt eventuelle etterfølgende reaksjoner ved avvik.

Unaturlig dødsfall: Drap eller annen legemskrenkelse, selvmord eller selvvoldt skade, ulykke, arbeidssulykke, yrkesskade, feil, forsømmelse eller uhell ved undersøkelse eller behandling. Et unaturlig dødsfall foreligger også når misbruk av narkotika hos den avdøde mistenkes, døden er inntrådt plutselig og uventet eller ved død av ukjent årsak, dødsfall skjer i fengsel/arrest, eller det gjøres funn av ukjent lik.

Uønsket hendelse: En hendelse, situasjon eller vedvarende forhold som ikke er ønsket eller tilsiktet. Må ikke nødvendigvis være en skade, kan også være en ”påregnelig” komplikasjon som forlenger behandlingstid, mangel på respekt og dårlig kommunikasjon med pasient og pårørende. En uønsket hendelse kan også være unnlattelse av nødvendig behandling og for lang ventetid på behandling ved alvorlige lidelser.

Varsling: Si fra om kritikkverdige forhold. Med *kritikkverdige forhold* menes brudd på lovverket eller brudd på tydelig kommuniserte interne regler. ”Si ifra” omfatter arbeidstaker ved en virksomhet.

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

Yrkesskade: Skade som forårsakes av en arbeidsulykke.

3 Håndtering av uønskede hendelser

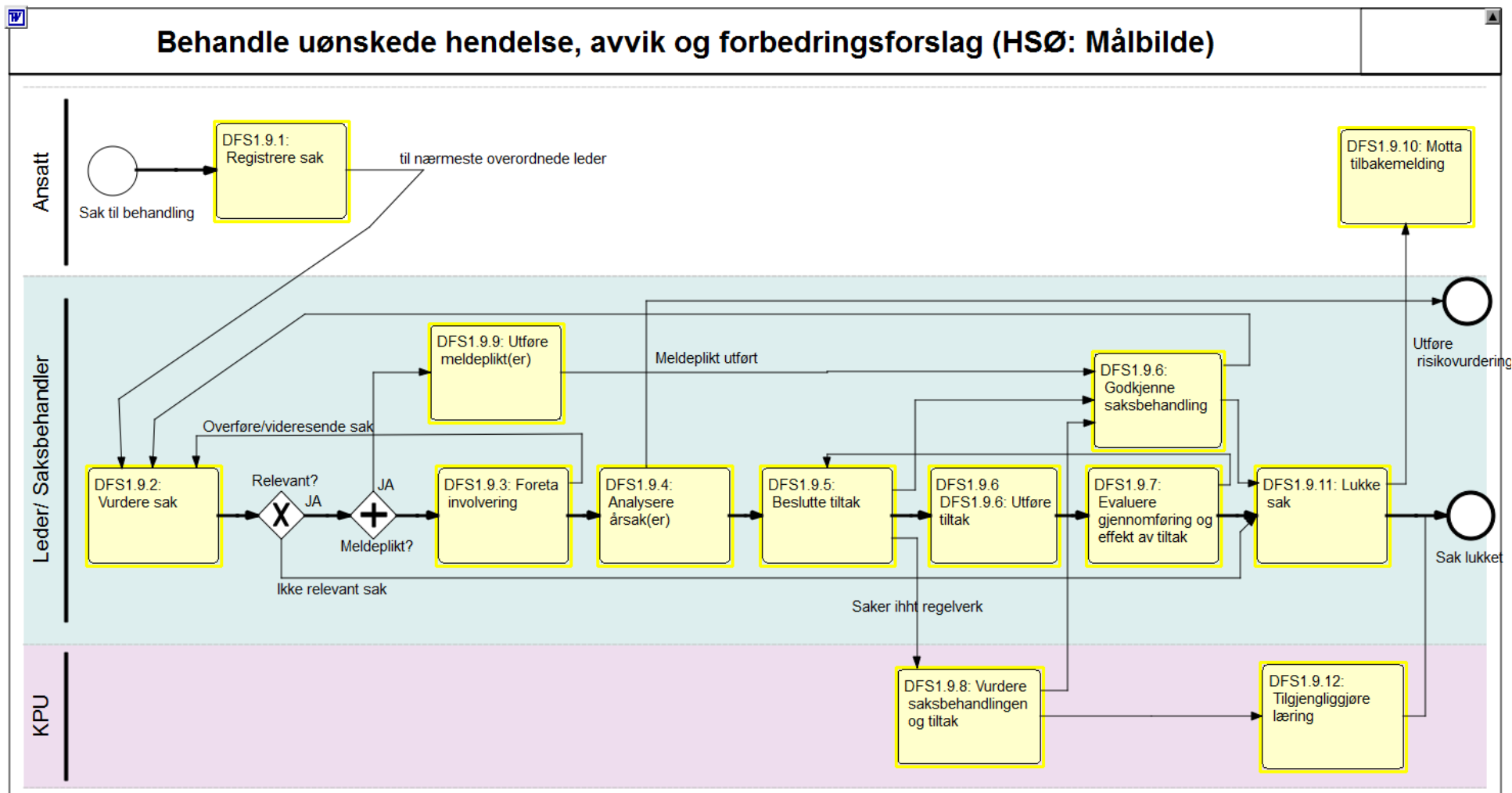
Det er et grunnleggende prinsipp at håndtering av uønskede hendelser bør gjøres lokalt og i nær tid etter hendelsen. Alle institusjoner skal sikre at det er etablert et internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lover og forskrifter⁸. Det er derved et ledelsesansvar å sikre god internkontroll slik at man kan tilby forsvarlige og omsorgsfulle tjenester i tråd med myndighetskrav og øvrige krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene⁹. Internkontrollsystemet bør blant annet ha rutiner som sikrer en god dialog med ansatt, pasient og pårørende. Herunder rutiner som sikrer samhandling på tvers av fagområder der dette er nødvendig for å sikre en helhetlig behandling.

⁸ Helsetilsynsloven § 3

⁹ Internkontrollforeskriften § 1

Uavhengig av om hendelser, avvik og forbedringsområder er relatert til medarbeider, pasient, medisinsk utstyr eller annet skal det være etablert systemer som sikrer registrering og håndtering av hendelser. Det er et linjeansvar å sikre etablering og vedlikehold av systemene.

Eksempel på prosess for håndtering av en uønsket hendelse:



Alle helseforetak er pålagt å ha et kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU) som ledd i sin internkontroll i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 3.4¹⁰. Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget forutsettes å være et virkemiddel i institusjonens arbeid med å fremme sikkerhet i og kvalitet på helsetjenestene. En hovedoppgave for KPU er å stimulere til forebyggende og kvalitetsfremmende arbeid i helseinstitusjonen¹¹.

Videre er man pålagt å ha et arbeidsmiljøutvalg¹² (AMU) som skal virke for et forsvarlig arbeidsmiljø. I samsvar med Helse Sør-Øst`s 13 prinsipper om brukermedvirkning skal det være brukerrepresentasjon i aktuelle fora.

Etablerte systemer for håndtering av uønskede hendelser skal legge til rette for organisatorisk læring og forbedring. Dette betinger at erfaringer deles og at informasjon om uønskede hendelsers årsaker og effekter av tiltak blant annet inngår som input i risikovurderinger og ledelsens gjennomgåelse. Tilsynsmyndighetenes konklusjoner/pålegg og foretakets forbedringstiltak etter alvorlige hendelser skal inngå som del av rapporteringen til helseforetakets styre.

Som en integrert del av virksomhetsstyringen skal det være etablert et internkontrollsystem for Helse, Miljø og Sikkerhet (HMS). Systemet skal gjennom samarbeid mellom ledelse og medarbeidere fremme et forbedringsarbeid i virksomhetene innen arbeidsmiljø og sikkerhet, forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjenester, vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall slik at målene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen¹³ oppnås.

Oversikt over meldepliktige forhold er gitt i [vedlegg 1](#).

3.1 Hendeshåndtering i et systemperspektiv

De fleste uønskede hendelser utløses av mennesker, men svært ofte er det ikke enkeltmennesker alene som kan klandres for den uønskede hendelsen. Vi mennesker tenderer til å lete etter personlige feil som gjør det krevende å se systemfeil. Derfor er det viktig å gjennomføre gode årsaksanalyser for å påvise de ulike forhold som har bidratt til uregelmessighet, brudd på prosedyre eller forventninger til forsvarlig praksis.

Sikkerhetsforskning understøtter dette og viser at årsakene til uønskede hendelser er multifaktorielle, springer ut av latente forhold i organisasjonen som, systemer, kultur og derfor må analyseres i henhold til dette. Som regel skyldes svikt brudd på en eller flere sikkerhetsbarrierer og kan derved forebygges ved å forbedre systemet gjennom god risikostyring.

For å kunne lære av uønskede hendelser og forebygge gjentakelse av lignende hendelser er det avgjørende å få en forståelse av hvilke årsaksforhold som ligger til grunn. I en årsaksanalyse stiller man tre grunnleggende spørsmål:

1. Hva skjedde?
2. Hvorfor/hvordan skjedde det?
3. Hvordan kan gjentakelse forbygges?

¹⁰ Spesialisthelsetjenesteloven § 3.4

¹¹ Spesialisthelsetjenesteloven del 3, merknad til loven

¹² Arbeidsmiljølovens Kap. 7

¹³ FOR 1996-12-06 nr 1127: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

Ved alvorlige uønskede hendelser forutsettes det at man gjør en grundig årsaksanalyse av hendelsen der man søker å identifisere og analysere mulige risikofaktorer i samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon.

Se [vedlegg 7](#), hendelse-/årsaksanalyse for utfyllende informasjon.

3.2 Pasientrelatert hendelse

Alle uønskede hendelser relatert til pasient, registreres i virksomhetens avvikssystem (kvalitetssystem). Dette omfatter hendelser med betydelig skade/død, hendelser med moderat, mindre eller ingen konsekvens. Det skal føres statistikk over feil som begås. Hensikten er å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene. Det er først når man har en god og systematisk oversikt over årsakene til feil og uønskede hendelser, at man kan forbedre praksis slik at ikke pasienter skades.

3.2.1 § 3-3 Meldeplikt

Meldeplikt etter ny § 3-3 i spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft 1.juli 2012. Melding om uønsket hendelse som førte til betydelig pasientskade eller kunne ført til betydelig pasientskade skal sendes elektronisk til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret)¹⁴, innen 24 timer (straks) etter hendelsen er oppdaget.

Formålet med meldeplikten er å forbedre pasientsikkerheten. Meldingen skal brukes for å avklare årsak til hendelsen, forebygge at tilsvarende skjer igjen og bidra med til å skape læring i andre helseforetak/virksomheter/regioner.

Helseforetak/virksomheter som omfattes av denne loven, skal uten hinder av taushetsplikt straks sende melding til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om betydelig personskade på pasient som følge av ytelse av helsetjeneste eller ved at en pasient skader en annen. Det skal også meldes fra om hendelsen som kunne ha ført til betydelig personskade. Meldingen skal ikke inneholde direkte personidentifiserende opplysninger. Ved mistanke om alvorlig systemsvikt skal Kunnskapssenteret varsle Statens helsetilsyn.

3.2.2 § 3-3a Varslingsplikt

En alvorlig uønsket hendelse skal i tillegg til å meldes til Kunnskapssenteret, varsles til Statens helsetilsyn¹⁵, etter ny bestemmelse vedtatt i spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Denne bestemmelsen trådte i kraft 1.januar 2012, og er en videreføring av dagens varslingsplikt som ble innført i mai 2010. Hensikten er et umiddelbart varsel direkte til Statens helsetilsyn, senest påfølgende dag. Varselet skal inneholde navn på virksomhet, kontaktperson og direkte telefonnummer, som sendes med e-post til varsel@helsetilsynet.no.

I vurderingen av om en slik hendelse skal varsles til Statens helsetilsyn, 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 er kompleks med flere involverte helsepersonell.

Statens helsetilsyn kontakter den som er oppgitt som kontaktperson i varselet, og vurderer om det er behov for at deres utrykningsteam skal rykke ut, om det skal gjøres annen tilsynsmessig oppfølging eller om helseforetaket skal håndtere saken selv.

¹⁴ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten – www.melde.no

¹⁵ Spesialisthelsetjenesteloven, [§ 3-3a](#)

Det understrekes at melding og eventuelt utrykning fra Statens helsetilsyn ikke må forsinke virksomhetens egen gjennomgang av hendelsesforløpet og iverksettelse av tiltak. Meldingen erstatter ikke melding etter § 3-3 til Kunnskapsenteret.

Oversikt over meldepliktige pasientrelaterede forhold - se [vedlegg 1](#).

3.2.3 3-3 melding på internett

Helse- og omsorgsdepartementet har satt som mål at alle landets helseforetak innen utgangen av 2013 skal legge ut informasjon om 3.3-meldinger på en egnet måte.

Helse Sør-Øst RHF mener dette er en svært positiv utvikling.

”Vi har som mål å styrke kvalitet og pasientsikkerhet, og da er åpenhet om feil og uønskede hendelser en forutsetning. Ved at helseforetakene legger ut informasjon om meldte hendelser gis et viktig signal om at hendelsene tas på største alvor og at de følges opp.”¹⁶

3.3 Personalrelatert hendelse

Uønskede hendelser og nestenuhell som rammer personale skal håndteres og følges opp etter gjeldende regelverk¹⁷ og etter de samme prinsipper som pasientrelaterede uønskede hendelser. Yrkesskade og yrkessykdom er meldepliktig til NAV.

Arbeidsgiver har plikt til å melde til Arbeidstilsynet og nærmeste politimyndighet når det skjer en alvorlig ulykke. Dette gjelder dødsulykker og ulykker som har ført til alvorlig skade.

Meldingen skal skje så snart som mulig etter at ulykken har skjedd, slik at Arbeidstilsynet og politimyndighetene skal kunne undersøke forholdene rundt hendelsen. Melding av alvorlig ulykke skal også være skriftlig. Etter at virksomheten har vært i kontakt med Arbeidstilsynet og politimyndighetene skal meldingen bekreftes skriftlig til Arbeidstilsynet ved hjelp av et skjema. Verneombudet skal ha kopi av bekreftelsen.

Oversikt over meldepliktige personrelaterede forhold - se [vedlegg 1](#).

3.4 HMS realterte hendelser

Helse Sør-Østs HR-strategi omfatter HMS (Helse, Miljø og Sikkerhet) som inkluderer delområdet arbeidsmiljø. Målsettingen er å angi et felles overordnet mål for HMS-området, bidra til klargjøring av ansvar og peke på felles innsatsområder. Den skal bidra til å sikre at alle foretak etablerer og følger opp standarder for arbeidet, systemer for avviksrapportering, risikovurderinger og planer for forbedringsarbeidet. Oppfølging av policyen skal skje gjennom etablering av retningslinjer og felles styringsindikatorer for HMS-arbeidet.

Den overordnede målsetning er å fremme et systematisk forbedringsarbeid i helseforetakene innen:

- Helsefremmende arbeidsmiljø og ansattssikkerhet
- Forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelser fra produkter eller forbrukertjenester
- Sikre forsvarlige elektriske anlegg og utstyr
- Verne bygninger, utstyr og materielle verdier mot brann
- Verne det ytre miljøet mot forurensning og en bedre behandling av avfall

¹⁶ Helse Sør-Øst, [åpenhet om egne feil](#)

¹⁷ Lov om arbeidsmiljø kapittel 5

Dette skal føre til at målene i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen oppnås.”

3.5 Hendelse relatert til medisinsk utstyr

Helsedirektoratet er fag- og tilsynsmyndighet for medisinsk utstyr i Norge og fører tilsyn med produsenter og tekniske kontrollorgan. I tillegg har direktoratet forvaltnings- og rådgivningsoppgaver knyttet til regelverket samt ansvaret for markedsovervåkingen av denne typen produkter. Alle meldinger om svikt eller uhell med medisinsk utstyr skal i tillegg meldes til Helsedirektoratet.¹⁸ -

Oversikt over meldepliktige forhold relatert til medisinsk utstyr mv. - se [vedlegg 1](#).

3.6 Avvik, merknad og forbedringsområde funnet ved tilsyn

Virksomheten skal sikre at avvik, merknad og forbedringsområde funnet ved tilsyn, bidrar til organisatorisk læring og forbedring. Avvik, merknader og forbedringsforslag skal registreres i avvikssystemet. Alle avvik, merknader og forbedringsområder funnet ved tilsyn skal inngå i den regelmessige rapporteringen til styret, samt som grunnlag for i risikovurdering og ledelsens gjennomgåelse. Brukerutvalget bør informeres. ([Vedlegg 5](#)).

¹⁸ Forskrift om medisinsk utstyr

4 Bakgrunnsinformasjon

Det er ikke helt sikre tall for forekomst av uønskede hendelser knyttet til pasient i den norske helsetjenesten. Det er anslått at det ved hvert tiende sykehusopphold skjer en uønsket hendelse og man atar at cirka 50 % kunne vært forebygget. Tap av liv og helse på grunn av uønskede hendelser under sykehusopphold, ansees ett av de store risikoområdene i den vestlige verden.

Den nasjonale [pasientsikkerhetskampanjen](#) som ble iverksatt 1. januar 2011 har som sitt overordnede mål å redusere pasientskader, bygge varige systemer og bedre pasientsikkerhetskulturen. I løpet av fem år er det et mål å redusere forebyggbare pasientskader med 50 prosent.

I pasientsikkerhetskampanjen har man benyttet systematisk journalgjennomgang for å avdekke skader (Global Trigger Tool). De fleste skader som avdekkes ved denne metoden er ikke meldt i avvikssystemet.

4.1 Ledelse, risikostyring og kontinuerlig forbedring

Helse Sør-Øst RHF skal sørge for å gi befolkningen gode, trygge og effektive helsetjenester.¹⁹ Helse Lovgivningen, med 11 tilsynsmyndigheter som skal kontrollere at myndighetskrav følges, er et av myndighetenes virkemidler for å forebygge svikt på viktige områder i helsetjenesten. I tillegg til helse Lovgivningen er det et stort antall lover og forskrifter som påvirker og styrer foretakenes virksomhet. Det følger av helsetilsynsloven at det internt i den enkelte virksomhet skal være etablert gode systemer og rutiner for oppfølging av kravene. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten²⁰ angir basiskravene til internkontroll, ledelse og styring. I tillegg er forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter²¹, som gjelder alle virksomheter.

Det er viktig å ha innarbeidet rutiner og praksis blant de ansatte for å melde fra om uønskede hendelser og at ledelsen bruker meldingene som systematisk forbedring i sin gjennomgang av virksomheten.

Helseforetakene er selvstendige pliktsubjekt. Foretaksstyrene og ledelsen har dermed selvstendig ansvar for å følge opp alle lovkrav, etablere god virksomhetsstyring og foreta lukking av avvik. Også helseforetakenes brukerutvalg er viktige organ som bør være informert om status og som bør etterspørre resultat av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Helseforetakenes styrer og ledelse må etterspørre resultater for å kunne vite nok om hvilken risiko og kvalitet det er på tjenestene. Ledelsen plikter også å legge til rette for at helsepersonell og øvrige medarbeidere skal kunne gi forsvarlige helsetjenester.

4.2 Identifisering, håndtering, oppfølging og læring av uønskede hendelser

Uønskede hendelser kan fanges opp på ulike måter. Det forutsettes at alle helseforetak har etablert systemer for å identifisere, registrere, saksbehandle og følge opp uønskede hendelser. Systemet bør som minimum inkludere registrering av tilbakemeldinger og klager fra pasienter, pårørende, erfaringer formidlet gjennom helseforetakenes brukerutvalg og øvrige samarbeidspartnere, avvik og forbedringsområder fra eksterne tilsyn og interne revisjoner, samt uønskede hendelser og komplikasjoner.

Det anbefales at det etableres systemer og rutiner for kontinuerlig forbedring og utvikling av sikkerhetskultur. Registreringer av forbedringsområder kan fremkomme på ulike måter som for

¹⁹ [God virksomhetsstyring](#), Helse Sør-Øst

²⁰ Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731)

²¹ [Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter](#)

eksempel gjennom avvikssystem, pasientklage, evaluering av egen praksis, tilfredshetsundersøkelse mv.

Alvorlige uønskede hendelser kan utløse en krise for de som er involvert. Organisasjonens sikkerhetskultur og evne til krisehåndtering vil være avgjørende for utfall og læring. Organisasjoner som lykkes med krisehåndtering har etablert et planverk som skal sikre håndtering, organisering og kommunikasjon. En alvorlig uønsket hendelse kan oppstå til alle døgnets tider gjennom hele året og organisasjonen må være bemannet til å håndtere den. Dersom organisasjonen og ledelsen ikke lykkes i sin håndtering av tiltak vil det være en økt risiko for forverring av tap og skade, tap av tillit, dårlig omdømme, juridiske etterspill og kostnader.

En god sikkerhetskultur er en forutsetning for å sikre pasientprosesser med gode resultater og for å begrense pasientskader. Der det er en godt utviklet sikkerhetskultur tilpasses og utvikles metoder utfra tre synsvinkler:

1. Hvordan kan vi forebygge uønskede hendelser og skader?
2. Hvordan identifiserer vi uønskede hendelser og skader?
3. Hvordan kan vi håndtere intruffne skader?

Uansett synsvinkel er god kommunikasjon med pasienter og pårørende en forutsetning for forebygging, identifisering og god håndtering av uønskede hendelser og skader.

For å sikre en effektiv håndtering av uønskede hendelser anbefales det derfor at man utarbeider en plan for hvordan slike hendelser skal håndteres som en del av det samlede beredskaps- og krisehåndteringsplanverket. Se [vedlegg 6](#).

[Vedlegg 3](#) gir en summarisk oversikt over arbeidsflyt ved håndtering av uønskede hendelser. [Vedlegg 4](#) gir forslag til kategorisering.

4.3 Ivaretagelse av pasient og pårørende

Helse Sør-Øst ønsker at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene. Som et ledd i arbeidet med å sikre dette har Helse Sør-Øst vedtatt [13 prinsipper](#) for brukermedvirkning på systemnivå. De 13 prinsippene som er laget, er gruppert i tre ulike kategorier:

1. Brukermedvirkningens grunnlag.
2. Brukermedvirkning i drift og omstilling.
3. Kompetanse og metoder.

Lov om pasient- og brukerrettigheter gir klare føringer for pasientens rett til medvirkning og helsepersonellens forpliktelse til å sikre at pasienten får den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal i forkant av en behandling være informert om mulige risikoer og bivirkninger, og således selv kunne bidra i valg av behandlingsform og påvirke for å redusere risiko²².

Pasienter som blir påført skade og eventuelt deres pårørende, skal ha informasjon om hva som er skjedd, hva som gjøres for å rette opp/begrense og eventuelt om sine rettigheter til å søke erstatning hos Norsk Pasientskadeerstatning²³.

²² LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter.

²³ [Norsk pasientskadeerstatning](#)

Det skal være etablert gode rutiner som sikrer dialog med pasient og eventuelt pårørende om risiko ved behandlingen og eventuelle alternativer i forkant av behandlingen, samt at det sikres at risiko og handlingsalternativ er forstått av pasient/pårørende og at konklusjoner blir journalført. Pasient og pårørende skal orienteres om oppfølging av pasientens skade/komplikasjon på en adekvat måte og bør informeres om hvordan man sikrer korrigerende tiltak.

Det er viktig for pasienter og pårørende å få tidlig og riktig informasjon om hva som er skjedd og hva som skal gjøres for å begrense skade og hvordan sykehuset arbeider systematisk med å hindre gjentakelse av forebyggbare uønskede hendelser²⁴.

4.4 Ivaretagelse av involvert personell

Personell som er direkte involvert i alvorlige uønskede hendelser betegnes i faglitteraturen ”[second victim](#)”²⁵. De opplever ofte å stå alene og har behov for støtte. Helsevesenet har tradisjonelt hatt en kultur der den enkelte ansattes handlemåte står i fokus etter uønskede hendelser, og ikke bakenforliggende faktorer som kan tilskrives systemet. Et slik individfokustert perspektiv kan føre til at man utvikler et ”sårbarhetssyndrom” bestående av tre faktorer:

1. Klandring av enkeltpersoner.
2. Benektelse av at det finnes uønskede hendelser som kan knyttes til multifaktorielle årsaker og system.

Arbeidsgiver skal i sitt system for HMS ha retningslinje(r) for debriefing/oppfølging av ansatte etter alvorlige hendelser. Det er avgjørende at arbeidsgiver tydeliggjør retningslinje(r) og verktøy i sitt opplæringsprogram (HMS grunnopplæring og lederutviklingsprogram). Ledere som står i denne situasjonen må få den bistand og støtte for å kunne ivareta de ansatte, via intern eller ekstern bedriftshelsetjeneste.

5 Varsling

Helsepersonell har så vel som annet personell ved sykehusene generelle rettigheter som arbeidstakere knyttet til varsling om kritikkverdige, ulovlige eller uetiske forhold på arbeidsplassen (såkalt ”[whistle-blowing](#)”). Fra 1.1.2007 er det i arbeidsmiljøloven fastsatt formelle regler om slik varsling²⁶.

Helsepersonell har i kraft av spesialisthelsetjenesteloven med forskrifter og helse- og sosiallovgivningen for øvrig spesifikke forpliktelser til å melde og varsle om uønskede hendelser som berører pasientbehandlingen²⁷.

Ledelsen plikter å organisere virksomheten slik at helsepersonell blir i stand til å yte forsvarlig helsehjelp og overholde plikter. Dersom helsepersonell opplever forhold som kan medføre fare for pasientens sikkerhet har de en selvstendig plikt til å gi relevante tilsynsmyndigheter informasjon om dette (§ 17 Helsepersonelloven).

Alle norske arbeidstakere har med basis i Grunnlovens § 100 frihet til å ytre seg om ethvert forhold i samfunnet- også når det berører egen arbeidsplass, såfremt ytringen ikke bryter med den

²⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, ledd 4 og 5 (ikke vedtatt enda)

²⁵ Tidsskriftet den norske lægeförening

²⁶ Lov om helsepersonell § 17 (Lov1999-07-02 nr. 64), Lov om spesialisthelsetjenester (Lov 1999-07-02 nr. 61), Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Lov 1984-03-30 nr. 15), Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731)

se aml. §§ 2-4 og 2-5 samt § 3-6.

²⁷ Helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven

se spesielt sphsl. § 3-3 (meldeplikt til Kunnskapssenteret om betydelig personskaide)

ulovfestede lojalitetsplikt som regulerer forholdet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Stortingets og Regjeringens målsetting har vært å styrke den reelle yringsfriheten i ansettelsesforhold, som skal fremme åpenhet og bidra til å bedre klimaet for kritiske yringer i den enkelte virksomhet.

Mer spesifikt regulerer disse bestemmelsene arbeidstakers rett til å varsle (§ 2-4) og hans vern mot gjengjeldelse (§ 2-5). Videre er arbeidsgiver tilpliktet å legge forholdene tilrette for varsling (§ 3-6). Det skal ” i tilknytning til det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet” bl.a. utarbeides rutiner for intern varsling. Lovgiver forutsetter at så skjer ”dersom forholdene i virksomheten tilsier det”.

Loven gir ikke et ufravikelig påbud om å etablere interne rutiner. Det skal likevel mye til for at større og mer komplekse virksomheter kan se bort fra et slikt krav. I Helse Sør-Øst er det, uavhengig av lovens krav, en forutsetning at alle foretak har etablert og vedlikeholder skriftlige og bindende rutiner. Det er spesielt viktig at dette følges opp ved fusjonering og fisjonering av foretak som ledd i de pågående omstillingsprosesser.

Konkrete rutiner er også i foretakenes egen interesse. For det første forenkler bruken av rutiner selve oppfølgingen av loven. Helseforetakene bør som offentlige tjenesteytende virksomheter være forbilledlige når det gjelder toleranse for kritiske yringer. For det andre sikres en standardisert dokumentasjon av aktuelle varslingstilfeller. Dette vil være nyttig både i intern risikostyring, rapportering til overordnede myndigheter og som grunnlag ved evt. rettssaker. I tillegg har slike rutiner en egenverdi når det gjelder å sikre foretakenes omdømme.

Alle helseforetak i Helse Sør-Øst har etablert rutiner i tråd med loven. Det har vært diskutert om slike rutiner burde erstattes av et felles regime. Dette er imidlertid forkastet etter drøfting i regionale fellesfora. Foretakene er selvstendige virksomheter med ulik egenart og varierende behov. Noen elementer bør likevel være gjennomgående:

- Felles forståelse av varslingsbegrepet
- Felles fordeling av ansvar og roller
- Felles fremgangsmåte og saksbehandlingsregler

Det ble på denne bakgrunn gjennomført en systematisk gjennomgang og evaluering av foretakenes rutiner i 2012. Evalueringen fokuserte på følgende kritiske punkter:

1. Formål/hensikt

Krav til form/innhold: Rutinene viser til og redegjør for arbeidsgivers plikter i bht. AML § 3-6, dvs. hvordan legge forholdene til rette for intern varsling om kritikkverdige forhold

2. Alternativ bruk av varsling og andre melderutiner

Krav til form/innhold: Rutinene gir klar beskjed om forholdet mellom intern varsling og andre meldings- og rapporteringsformer, dvs. eksterne meldinger til ulike offentlige tilsyn, intern avviksrapporing m.m.

3. Krav til saksbehandling, dokumentasjon og dokumenthåndtering

Krav til form/innhold: Rutinene beskriver minstekrav til initiativ, dokumentasjon, registrering og saksbehandling av varslers melding

4. Rapporteringsvei og rapporteringsinstanser

Krav til form/innhold: Rutinene beskriver både ordinære og alternative rapporteringsveier for alle stillingskategorier, organisasjonsenheter og organisasjonsnivåer, dvs. hvem skal man rapportere til for ulike grupper og i ulike tilfeller

5. Beslutningsprosess, vedtak og tilbakemelding

Krav til form/innhold: Rutinene beskriver krav til vurdering og beslutning i varslingsaken samt svar til varsler om utfallet

Avvik fra de angitte standardkrav ble gjennomgått og korrigert ved tilpasninger i det enkelte foretak. Selv om form og omfang varierer, har foretakene derfor varslingsrutiner med likeartet innhold.

Varsling, det være seg etter helse, og sosiallovgivningen eller arbeidsmiljøloven, skal ikke erstatte den ordinære avviksrapportering som inngår som en organisert og rutinemessig aktivitet integrert i foretakenes systemer for virksomhetsstyring. Varsling skal være et supplement og en ”sikkerhetsventil” til ordinær rapportering. Bruk av den ansattes varslingsrett og varslingsplikt forutsetter derfor at det tidligere er meldt fra om forholdene gjennom etablerte rutiner for håndtering av hendelser og avvik.

Gode varslingsrutiner er vesentlige, både for å avdekke uønskede hendelser og kritikkverdige forhold og for å fremme sunne arbeidsmiljøer og øke pasientsikkerheten i Helse Sør-Øst.

6 Strategi og videreutvikling

Nye IKT-løsninger med standardiserte arbeidsprosesser som fungerer på tvers av helseforetak i Helse Sør-Øst vil danne et godt grunnlag for å øke kvaliteten på innsamling og innmelding av uønskede hendelser. I tillegg til muligheter for standard rapportering, måling og sammenligning med andre sykehus, risikoanalyse og oppfølging av tiltak som vil bedre pasientsikkerheten.

Pasienter og brukeres behov skal stå i sentrum. Helse- og omsorgstjenesten er blitt mer brukerorientert de senere årene, men det er rom for forbedring. Samtidig som man tilstreber høy faglig kvalitet på tjenestene og effektiv ressursutnyttelse, er behovet for helhetlige, koordinerte og planlagte pasientforløp sett fra et brukerperspektiv en utfordring. Det blir viktig hvordan man administrerer og planlegger de medisinske tjenester, sett fra et brukerståsted.

Regjeringen vil bidra til at pasienter og brukere i større grad skal oppleve at tjenestene er tilgjengelige og helhetlige. De skal få informasjon og støtte som gjør at de kan bidra i beslutninger, og det skal legges vekt på at brukerne er forskjellige og at den enkeltes behov kan endres over tid.”

Tilgang for pasient/pårørende (borger) i nye IKT-systemer, gjør at det settes nye og større krav til teknologi, slik at pasienter/pårørende kan melde fra om uønskede hendelser i sykehusets kvalitetssystem.

Elektronisk samhandling med kommunehelsetjenesten vil i fremtiden sikre at uønskede hendelser registeres i samme system. Inntil det er på plass bør håndtering av uønskede hendelser omhandles i avtalearbeidet mellom kommune og helseforetak og beskrives i virksomhetens kvalitetssystem.

Standardisering av prosedyrer vil sikre likebehandling for alle pasienter i regionen. Standardiserte dokumenter som omhandler HMS vil sikre like rammer og vilkår for den enkelte ansatte. Sykehusene vil kunne lære av uønskede hendelser som skjer på andre sykehus.

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 - Oversikt over meldepliktige forhold

Område	Meldes til	Skjema/melding	Myndighetskrav
Medisinsk utstyr	Helsedirektoratet	Elektronisk www.hdir.no eller IS-1126: Melding om feil, skade, uhell eller svikt i medisinsk utstyr	2005-12-15-1690: Forskrift om medisinsk utstyr § 2-12
Elektromedisinsk utstyr	Helsedirektoratet Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB)	Elektronisk www.hdir.no eller IS-1126 til Shdir Telefonisk melding	2005-12-15-1690: Forskrift om medisinsk utstyr § 2-12 Retningslinjer for meldeplikten i forskrift om medisinsk utstyr
Strålegivende utstyr	Helsedirektoratet Statens strålevern	Elektronisk www.hdir.no alt. skjema, IS-1126 til Shdir Telefonisk melding + skriftlig rapport	2005-12-15-1690: Forskrift om medisinsk utstyr § 2-12 2003-11-21-1362: Strålevernforskriften § 11
Strålebehandling	Statens strålevern	Eget skjema: Varsling om alvorlig hendelse i stråleterapi: Skjema .	2003-11-21-1362: Strålevernforskriften § 11, § 38
Personvern	Datatilsynet	Eget brev	2000-12-15-1265: Forskrift om behandling av personopplysninger § 2-6
HMS - Arbeidsrelatert skade	Arbeidstilsynet	http://www.arbeidstilsynet.no/skjema.html?tid=78129 Det er utarbeidet interne prosedyrer i HF-ene med meldeskjema og registrering/oppfølging knyttet til stikkskader som rammer ansatte.	Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (AML, arbeidsmiljøloven (lov 17. juni 2005 nr. 62)
Meldinger om uønskede hendelser som førte til betydelig pasientskade eller kunne ført til betydelig pasientskade § 3-3	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Elektronisk melding fra virksomhetens avvikssystem. For de som ikke har elektronisk avvikssystem: www.melde.no	Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), kapittel 3. § 3-3. Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-061-003.html#3-3
Alvorlige uønskede pasienthendelser § 3-3a: dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko	Statens Helsetilsyn, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	Helseforetakene skal snarest og senest påfølgende dag sende en e-post til varsel@helsetilsynet.no hvor det oppgis navn på helseforetaket og kontaktperson med direkte telefonnummer Elektronisk melding fra virksomhetens avvikssystem. For de som ikke har elektronisk avvikssystem: www.melde.no	HOD 200904908-/OJG (1.1.2012) jfr. 1999-07-02-061: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven), kapittel 3. § 3-3 og § 3-3a Meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten Http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-061-003.html#3-3
Unaturlig dødsfall	Politiet	Melding til Politi: + kopi Legeerklæring om dødsfall, IS-1025: www.hdir.no – skjema.	2000-12-21-1378: Forskrift om leges melding til politiet om unaturlig dødsfall. § 1
Blod og blodkomponenter	Nasjonal enhet for pasientsikkerhet	Blodbank melder til Hemovigilans. www.hemovigilans.no	2005-02-04-080: Blodforskriften § 3-4 til 3-6
Humane celler og vev	Helsedirektoratet	Skjema A, B i forskriftens vedlegg 1 og 2 http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf-sf-20080307-0222.html	2008-03-07-222 Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev § 53 og 54
Bivirkning av legemidler ¹	Relis	Skjema: Melding om bivirkning ved bruk av legemiddel http://www.relis.no/Bivirkninger/Meld_bivirkninger	1999-12-22-1559: Forskrift om legemidler § 11-7
Melding om smittsom sykdom i gruppe A eller B ¹	Nasjonalt folkehelseinstitutt	www.utbrudd.no Skjema: MSIS-melding	2003-06-20-0740: MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 2-1, 2002-06-21-567 Forskrift om

Område	Meldes til	Skjema/melding	Myndighetskrav
		http://www.fhi.no/dav/4BC7C2E5DA.pdf Kopi til Kommunelege og ev. Tuberkulosekoordinator I tillegg varsling ved visse sykdommer	tuberkulosekontroll § 5-1 2003-06-20-0740: MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 3-1, § 3-2
Varsling om utbrudd av smittsomme sykdommer¹ Smitte fra næringsmidler¹	Nasjonalt folkehelseinstitutt Fylkesmannen Lokalt mattilsyn	Via Vesuv (vevbasert system for utbruddsvarsling) Elektronisk www.utbrudd.no , alt. telefonisk, eget skjema: Varsel om utbrudd av smittsom sykdom Kopi til regionalt kompetansesenter Elektronisk varsling inkluderer varsling til mattilsynet	2003-06-20-0740: MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 3-4 2003-06-20-0740: MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 3-9
Diverse varsling (overlagt spredning, smitte fra utstyr, blodgiver, mulig smitte fra helseinstitusjon)	Se forskrift	Se forskrift.	2003-06-20-0740: MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften § 3-5 til 3-8
Mistanke om smittsom sykdom med betydning for internasjonal folkehelse	Kommunelege	Telefonisk umiddelbart, www.utbrudd.no , alt. telefonisk	2007-12-21-1573 Forskrift om varsling av og tiltak ved alvorlige hendelser av betydning for internasjonal folkehelse § 4
Yrkesskade/-sykdom for ansatte	NAV + forsikringsselskap Alvorlig skade: Arbeidstilsyn + politi	http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=78506 Melding om yrkesskade eller yrkessykdom, IA 13-07.05 Telefonisk + Eget skjema til Arbeidstilsyn: Melding om arbeidsulykke som har voldt død eller alvorlig personskade. Skjema: Melding om skade/sykdom påført under arbeid på norsk eller utenlandsk landterritorium - NAV 13-07.05 ? Telefon: 815 48 222	1997-02-28-019: Lov om folketrygd (folketrygdloven) § 13-14 2005-06-17-062: Arbeidsmiljøloven § 5-2 og § 5-3.
Apotekproduserte legemidler¹	Statens legemiddelverk	Sykehusene melder avviket til apoteket som melder videre til legemiddelverket	2001-06-26-0738: Forskrift om tilvirkning av legemidler i apotek § 15
Bivirkninger av kosmetikk og kroppsspleieprodukter	Nasjonalt folkehelseinstitutt	Skjema www.fhi.no/kosmetikkbivirkninger	2008-02-27-219 Forskrift om meldeplikt for helsepersonell ved mistanke om bivirkninger av kosmetikk og kroppsspleieprodukter § 4
Forurensning	Miljøverndepartementet		Forskrift om begrensning av forurensning

7.2 Vedlegg 2 - Meldeplikt til Kunnskapssenteret – begrepsforståelse

Begrep	Stikkord
Unaturlig dødsfall – se definisjon, kap. 2.	Selv mord og andre uventede dødsfall som kan ha hatt sammenheng med ytelse eller mangel på ytelse av helsetjeneste.
Alvorlige uønskede pasienthendelser: Veileder: Betydelige personskade kan defineres som:	Dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er særlig uventet i forhold til påregnelig risiko Skaden anses betydelig dersom den er av en slik art og/eller grad at den vil få vesentlige konsekvenser for pasientens sykdom, lidelse eller innebærer vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt. Videre forståelse: <ul style="list-style-type: none"> • hendelser som førte til død • hendelser der livreddende behandlingstiltak var nødvendig • hendelser som førte til mén som varte eller sannsynligvis vil vare mer enn 2 uker • hendelser som førte til forlenget eller uventet opphold i intensiv-, overvåknings- eller akuttavdeling • hendelser som førte til forlenget sykehusopphold • hendelser som førte til behov for ekstra behandling, rehabilitering eller lignende. • hendelser som medførte annen fysisk eller psykisk skade som vurderes som betydelig
Forhold som kunne ført til betydelig personskade:	Betydelig skade ville oppstått dersom korrigerende tiltak ikke hadde vært iverksatt. De samme kriteriene legges til grunn for hendelser som kunne ha ført til betydelig skade
	Skader innen normal risiko skal ikke meldes dersom pasienten på forhånd er informert om risikoen, behandlingen er korrekt faglig utført og disse forhold er dokumentert i journalen

Hver hendelse må skjønnsmessig vurderes. Er man i tvil bør en alltid melde. Alle uønskede hendelser som rammer pasienter bør alltid registreres i internt avvikssystem, også de innen normal risiko.

Meldingen til Kunnskapssenteret etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 skal gis selv om hendelsen er rapportert i henhold til andre meldeplikter (se tabellen på forrige side).

Meldingen til Kunnskapssenteret skal avgis straks og senest innen 24 timer etter at hendelsen er oppdaget.

7.3 Vedlegg 3 - Eksempel på arbeidsflyt for håndtering av registrerte hendelser

Det må gjennomgående sikres at pasient og pårørende er informert og at de involveres som likeverdig part i prosessen.

Registrering av avvik, uønsket hendelse og forbedringsforslag

1. Den som avdekker et avvik, en uønsket hendelse eller har forslag til forbedring, skal registrere dette.
2. Ved avvik og uønsket hendelse vurderes og iverksettes strakstiltak for å begrense eventuell skade, herunder kommunikasjon med pasient og pårørende.
3. Ved alvorlige hendelser varsles nærmeste leder, samt aktuelle myndigheter. (Statens helsetilsyn ved alvorlig uønsket hendelse (§ 3-3a) og politi ved unaturlig dødsfall)
4. Hendelsen, avviket eller forbedringsforslaget registreres deretter og eventuelle iverksatte strakstiltak kommenteres.
5. Registreringen sendes til leder.
6. Om en pasienthendelse er kategorisert som meldepliktig, skal virksomheten straks videresende meldingen til Kunnskapssenteret.

Nærmeste leders mottak og vurdering av registreringen

1. Leder er ansvarlig for klassifisering og riktig registrering med kilde og hovedkategori og strakstiltakene er tilfredstillende håndtert. Kategoriseringen skal bidra til å prioritere tiltak og til å rapportere på definerte områder, slik som HMS, legemiddelfeil med mer.
2. Leder vurderer om saken tilhører egen enhet.
 - a. Dersom saken tilhører en annen enhet, sendes den videre til leder for den aktuelle enheten for ferdigbehandling der.
 - b. Dersom saken tilhører flere enheter, sendes den til nærmeste overordnet leder for de aktuelle enheter for ferdigbehandling på det nivå.
3. Den som først innregistrerte saken informeres om at den er mottatt og om den ferdigbehandles i egen eller annen enhet.

Vurdering av meldeplikt

4. Primærmelder har kategorisert melding ved registrering og gjort vurdering om saken er meldepliktig.
5. Leder for enheten som saken tilhører, vurderer på nytt om saken er meldepliktig, om meldeplikt ikke allerede foreligger (Oversikt over myndighetskrav og meldeplikt er gitt i vedlegg 1). For enkelte saker kan det være aktuelt å melde til flere ulike tilsynsetater, f.eks ved svikt i medisinsk utstyr. Hvis det for eksempel er overledning ved et strålegivende utstyr slik at både pasient og helsepersonell blir påført skade, vil dette være meldepliktig til fem eller seks ulike tilsynsetater.
6. Meldeplikten ivaretas i samarbeid med relevante instanser, slik som kvalitetsutvalget.

Årsaksvurdering/analyse og iverksetting av tiltak

7. Årsak til avviket, hendelsen eller forslaget til forbedring vurderes/analyseres og tiltak iverksettes uavhengig av meldeplikten.
8. Det anbefales at man gjennomfører en analyse av samspillet menneske-teknologi-organisasjon (MTO-analyse) der man vurderer årsakssammenhenger i lys av samspillet mellom menneske-teknologi-system.

Gjennomføring av tiltak

9. Leder for enheten er ansvarlig for årsaksvurdering/analyse og iverksetting og oppfølging av korrigerende og forebyggende tiltak i samarbeid med egne ansatte og eventuelt andre nødvendige ressurser, eventuelt pasient og pårørende. Det bør benyttes enkle og korte tiltaks-sløyer for "enkle" saker, mens alvorlige og kompliserte forhold kan kreve en mer omfattende analyse og behandling.
10. Tiltaksplan settes opp med beskrivelse av tiltak, hvem som er ansvarlig for gjennomføring, hvilket resultat som forventes og hvordan dette skal måles.
11. Ved gjennomført tiltak måles/vurderes om ønsket resultat av tiltak er oppnådd. Dersom resultatet ikke er nådd, må nye tiltak vurderes og iverksettes.
12. Supplerende informasjon fra Kunnskapssenteret tas med i læringsperspektivet.

Lukking av avvik, uønsket hendelse og forbedringsforslag

13. Dersom tiltak har gitt ønsket resultat, lukkes saken. Kunnskapssenteret informeres. Den som først innregistrerte saken informeres når saken er lukket, samt øvrige involverte der det er relevant

7.4 Vedlegg 4 - Kategorisering av hendelser

Eksempel på hvordan hendelser kan kategoriseres. Listen er ikke uttømmende tilpasses den enkelte organisasjon

Hovedkategori	Underkategori	Beskrivelse / eksempler
Pasientrelatert (pasientsikkerhet)	Pasientflyt/samhandling/kommunikasjon	Handover, avtaler, venteliste, henvisning, innleggelse, utskrivning, kontinuitetsbrudd, pasientidentifikasjon, samtykke, oppgavetilordning, respons på ø-hjelp, fristbrudd
	Diagnostikk, behandling og pleie	Screening, prøver og undersøkelser, prøvesvar, tvangsmidler
	Ivaretagelse av pasient - respekt	Se vedlegg 8 fra brukertvalget.
	Dokumentasjon	Rekvirering, søknader og søknadsvurdering, pasientjournal, sjekklister, skjemaer, skriftlige prosedyrer og retningslinjer, navnebånd og andre identifiserende merkelapper, brev og e-post, rapporter, resultater og bilder.
	Sykehusinfeksjon	For eksempel nedre luftveisinfeksjon, sepsis, dyp sårinfeksjon, urinveisinfeksjon.
	Legemidler og blodprodukter	Inkluderer infusjonsvæsker.
	Ernæring	
	Medisinsk utstyr	Elektromedisinsk utstyr, medisinsk engangsutstyr og medisinske gasser.
	Pasientadferd	Upassende/uakseptabel adferd, risikoadferd, rusmisbruk, diskriminerende adferd, forsvunnet pasient, selvsykdom / selvmord.
	Fall og andre ulykker	Stikk/kutt, sammenstøt o.l., uheldig håndtering / løft, eksponering for varme / kulde / kjemikalier eller andre fysiske uhell.
	Hovedkategori	Underkategori
Medarbeiderrelatert (HMS)		
	Fysisk / kjemisk arbeidsmiljø	Dagslys og belysning, ergonomi, innelima, kjemikalier, plassforhold, støy, ventilasjon.
	Psykososialt / organisatorisk arb.miljø	Arbeidspres, samarbeidsproblemer, konflikter, bemanning, omstilling, ledelse.
	Kompetanse / opplæring	
	Smitte	Biologiske faktorer, stikk / kutt.
	Trusler / vold / utagerende adferd	
	Skade på ansatt	Skade på ansatt som ikke skyldes smitte eller vold.
Driftsrelatert		
	Administrasjon	

	Anskaffelser / innkjøp	
	Avfall og ytre miljø	Avfallshåndtering, sortering. Forurensning til luft, jord, vann.
	Brannvern	
	Bygninger og tilhørende anlegg	Utforming, funksjon og vedlikehold av bygninger og bygningstekniske anlegg.
	Forskning	
	IKT-system	Programvare, hardware, nettverk, telefoni, personsøker etc.
	Informasjonssikkerhet	Sensitiv informasjon / Pasient- eller personalinformasjon på avveie.
	Laboratorie	
	Næringsmidler	
	Renhold	
	Sikkerhet og beredskap	
	Sterilforsyning	
	Stråling	
	Teknisk drift	Vannlekkasje, ventilasjonsstans, el-sikkerhet etc.

Kilder til registrering	Beskrivelse
Ansatt-observasjon	Standard for hendelser / avvik som registreres.
Brukerundersøkelse	
Eksternt revisjonsavvik / -anmerkning	
Internt revisjonsavvik / -anmerkning	
Klage rapportert av eksterne instanser	
NPE-sak	
Pasientklage (evt. pårørende, advokat, Htíl, ombud, brukerutvalg etc.)	
Pasientsikkerhetsrunde	
Risikovurdering	
Vernerunde / HMS-runde	

7.5 Vedlegg 5 - Ledelsens gjennomgåelse – oppfølging av tilsyn

Rapportering av avvik (uønskede hendelser) etter tilsyn

Navn på helseforetak/sykehus:

Tilsynsmyndighet	Lovområde for tilsyn	Antall tilsyn	Antall avvik	Ikke lukkede avvik	Kommentarer
Statens Helsetilsyn	<ul style="list-style-type: none"> Pasientrettighetsloven Helsepersonelloven Spesialisthelsetjenesteloven Lov om psykisk helsevern Smittevernloven Lov om helsemessig og sosial beredskap Øvrige helse- og sosiallover 				
Kunnskapsenteret	<ul style="list-style-type: none"> Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 				
Statens legemiddelverk	<ul style="list-style-type: none"> Apotekloven 				
Helsedirektoratet	<ul style="list-style-type: none"> Lov om medisinsk utstyr 				
Datatilsynet	<ul style="list-style-type: none"> Personopplysningsloven Helseregisterloven 				
Mattilsynet	<ul style="list-style-type: none"> Matloven 				
HMS: Arbeidstilsynet	<ul style="list-style-type: none"> Arbeidsmiljøloven Ferieloven, Tobakkskadeloven, Lov om lønnsgaranti, Lov om 1.og 17.mai, Permitteringsloven 				
HMS: Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	<ul style="list-style-type: none"> Brann- og eksplosjonsvernloven, Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr, Produktkontrollloven, Sivilforsvarsloven 				
HMS: Statens forurensningstilsyn	<ul style="list-style-type: none"> Forurensningsloven Miljøinformasjonsloven Produktkontrollloven 				
Statens strålevern	<ul style="list-style-type: none"> Lov om strålevern og bruk av stråling 				
Statens Helsetilsyn/Statens institutt for folkehelse	<ul style="list-style-type: none"> Genteknologiloven 				
Fylkesmannen	<ul style="list-style-type: none"> Forurensningsloven 				
Kommunene	<ul style="list-style-type: none"> Plan- og bygningsloven 				
Lokalt el-tilsyn	<ul style="list-style-type: none"> Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr 				
Kommunalt brannvesen	<ul style="list-style-type: none"> Brann- og eksplosjonsvernloven 				

* Avvik som ikke er lukket etter purring fra tilsynet eller etter seks måneder skal kommenteres.

* Ikke-lukkede avvik fra tidligere år skal også registreres og kommenteres.

7.6 Vedlegg 6 – Plan for håndtering av uønskede hendelser

En slik plan bør beskrive:

1. Akutt håndtering av hendelsen for å begrense skade.
2. Roller, ansvar og myndighet;
 1. Den enkelte helsearbeider
 2. Nærmeste leder.
 3. Krisehåndteringsteam.
 4. Toppledelse.
3. Ivaretagelse av alle involverte;
 1. Pasient og pårørende.
 2. Helsepersonell osv.
4. Varsling, informasjon og kommunikasjon med;
 1. Pasient og pårørende.
 2. Involvert personell.
 3. Ledelse, kvalitetsutvalg, AMU, brukerutvalg og styret.
 4. Intern varsling.
 5. Eksterne myndigheter og varsling.
 6. Media.
5. Krisehåndtering internt og eksternt.
6. Registrering, saksbehandling og varsling.
7. Metode for systematisk hendelses- og årsaksanalyse hvor pasient og eventuelt pårørende involveres, som sikrer at man får et helhetsbilde over mulige årsaksforhold og sammenhenger i samspillet mellom menneske, teknologi og organisasjon (MTO-analyse).
8. Iverksettelse av årsaksbaserte korrigerende og forebyggende tiltak.
9. Rutiner for effektevaluering av iverksatte tiltak.
10. Rutiner for å sikre at erfaringer fra håndtering av uønskede hendelser bidrar til organisatorisk læring, bl.a. som input til risikovurderinger og ledelsens gjennomgåelse, samt journalføring.

7.7 Vedlegg 7 - Hendelse-/Årsaksanalyse

Den svenske Socialstyrelsen har som et ledd i sitt pasientsikkerhetsarbeid utarbeidet en håndbok for risiko- og hendelsesanalyse¹. I boken anbefaler man at hendelsesanalyse integreres i pasientsikkerhetsarbeidet og at man benytter en tilnærming der man analyserer hendelsens årsaker i lys av samspillet mellom Menneske, teknologi og organisasjon.

Boken ”*Risikanalyis och händelseanalys - Handbok för patientsäkerhetsarbete. Andra reviderade upplagan*” kan lastes ned fra: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-120>.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har utarbeidet en kjerneårsaksanalyse¹ (norsk systemårsaksanalyse) som er en grundig analyse av en alvorlig uønsket hendelse. Analysen finner frem til hvorfor hendelsen oppsto og lager en handlingsplan for hvordan man kan unngå at det skjer igjen. På denne danske nettsiden finner du et læreset som gir en grundig innføring hvordan man gjennomfører en kjerneårsaksanalyse, setter sammen et analyseteam, finner kjerneårsaker og lager en handlingsplan. Kan lastes ned fra:

<http://www.sikkerpatient.dk/fagfolk/analysemetoder/kernearsagsanalyser.aspx> kuttet ned.

7.8 Vedlegg 8 - Innspill fra brukerutvalget i Helse Sør-Øst RHF

Innspillene er innarbeidet i veilederen.

Hvordan sikrer man ivaretagelsen av pasient/pårørende?

1. Håndtering av muntlige og skriftlige tilbakemeldinger og klager

Under dette punktet er det redegjort for hva brukerne forventer av **helseforetakenes systemer og arbeid.**

Brukerne forventer at:

- Arbeidet med identifisering og oppfølging av uønskede hendelser fremstår for ansatte som noe positivt og som danner grunnlag for læring forbedring.
- Sykehuset har gode systemer og rutiner innarbeidet i kvalitetssystem som angir hva som skal gjøres ved uønskede hendelser
- Sykehuset har gode rutiner som sikrer dialog med pasient og aktuelle pårørende om alternativer og risiko ved behandlingen, samt at det sikres at risiko og handlingsalternativ er forstått av pasient/pårørende og at konklusjoner blir journalført.
- Informasjon om hva som er skjedd er tilgjengelig (gjennom journalnotat) for helsepersonell som har behov for dette.
- Sykehuset har rutiner som gjør at helsepersonell kan søke bistand fra juridisk og pedagogisk kompetanse som sikrer at muntlig og skriftlig informasjon blir korrekt og formidles på rett måte.
- Systemene og rutinene sikrer at årsaksforholdet, organisatorisk, menneskelig og teknologisk kartlegges, dokumenteres, og at det er etterprøvbart og danner grunnlag for forbedring og hindre gjentakelse.
- Det er tilrettelagt for at pasienter og pårørende kan melde fra om uønskede hendelser og inngivelse av klager.
- Helsevesenet ikke bruker taushetsplikten for å beskytte seg, ut over de plikter de har ovenfor pasienten selv iht lovverket.

2. Brukernes forventninger til kommunikasjon og oppfølging ved uønskede hendelser

Under dette punktet er det redegjort for brukernes forventning til tiltak ved en konkret uønsket hendelse.

Strakstiltak

Tiltakene nedenfor vil være avhengig av hendelsens alvorlighetsgrad.

- Begrensning/oppretting av skaden (dette vil i akutte og alvorlige situasjoner være første tiltak).
- Kommunikasjon med pasient (om mulig) og pårørende om hva som har skjedd og hvilke tiltak som er og vil bli iverksatt. Helsepersonellet må forvisse seg om at gitt informasjonen blir forstått. Informasjonen skal være starten på en dialog om oppfølging av hendelsen. Informasjonen skal formidles på en korrekt høflig og naturlig måte, og den skal bekreftes og dokumenteres i etterkant.
- Orienterer pasient/pårørende om at hendelsen vil bli internbehandlet og eventuelt meldt til aktuelle myndigheter (Kunnskapssenteret/Statens Helsetilsyn), samt tilbakemelding til pasient.
- Orienterer pasient/pårørende om pasientens rettigheter, klageadgang og eventuelt pasientskadeerstatning.

Senere tiltak

- Sikre likeverdig og god kommunikasjon med pasient og pårørende om hendelsen og oppfølging av denne. Tilbud om samtale om årsaksforhold, korrigerende tiltak, videre oppfølging og tilbud om samtale fra overordnet nivå dersom hendelsen er av alvorlig.
- Tilbud om oppfølging av skade og eventuelle komplikasjoner. Det skal gis veiledning og valgmuligheter for hjelpetiltak som kan bedre pasientens situasjon.

- Når relevant skal det gis informasjon om Norsk pasientskadeerstatning, og det skal være system for å sikre at pasient/pårørende har forstått sin mulighet til å inngi klage.
- Pasient og pårørende forsikres om at kvalitet og pasientsikkerhet er høyt oppe på sykehusets dagsorden og at alt vil bli gjort for å unngå at en slik hendelse skal skje igjen.
- Pasient og pårørende tilbys informasjon om helseforetakets rutiner for registrering og oppfølging av uønskede hendelser og iverksetting av tiltak som kan hindre at tilsvarende hendelser skjer igjen. De skal få vite at dette fører til en bedring av behandlingstilbudet og tiltakene gir pasientene større sikkerhet og trygghet.
- Pasient og pårørende skal oppleve at mottatt klage skal behandles grundig. Det er vesentlig at man ved kartleggingen av hendelsen finner frem til årsak og omfang slik at en unngår at det samme skjer igjen.

7.9 Vedlegg 9 - Innspill fra helseforetak/virksomhet

Veilederen ble sendt på innspillrunde til alle helseforetak og private ideelle sykehus i regionen, samt aktuelle avdelinger i Helse Sør-Øst RHF; Medisin og helsefag, HR, juridisk, konsernrevisjon, tillitsvalgte og brukerutvalg.

Diakonhjemmet sykehus	Tatt til etterretning
Helse Sør-Øst RHF; Kvalitet og fagområder	Tatt til etterretning
Brukerutvalget	Tatt til etterretning
Oslo universitetssykehus HF	Tatt til etterretning
Akershus universitetssykehus HF	Tatt til orientering/etterretning
Sykehuset i Vestfold HF	Tatt til orientering/etterretning
Sunnaas sykehus HF	Tatt til etterretning
Sykehuset Østfold HF	Tatt til etterretning
Sykehuset Innlandet HF	Tatt til etterretning
Unio konserntillitsvalgt	Tatt til orientering/etterretning
Helse Sør-Øst RHF - HR	Tatt til etterretning
Helse Sør-Øst RHF - Juridisk	Tatt til etterretning