



Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser

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

Innhold

Sammendrag	3
Bakgrunn	5
Fra melding om uønsket hendelse via læring til pasientsikkerhet	7
Nasjonale krav	8
Momenter fra Riksrevisjonens rapport	8
Interne kvalitetssystem	9
En pasienthistorie	11
Sykdomforløpet	12
.....	
Er det noe å lære av denne pasienthistorien?	20
Ulike forståelser av sykdomsforløpet	21
Informasjon til pasient og pårørende etter uønskede hendelser	23
Meldekultur – en trinnvis prosess	26
Ledelsesstruktur	26
Leders betydning for god meldekultur	28
Arbeidsmiljø med psykologisk trygghet	33
Tid og kapasitet til å melde	35
Meldesystem	36
Erkjennelse av at noe kunne vært gjort annerledes	37
Begrepet «påregnelig risiko»	37
Forbedring gjennom læring og endring	42
Oppsummering av funn	46
Våre anbefalinger og læringspunkt	49
Anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet	49
Forbedrings- og kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten	49
Gjennomføring av undersøkelsen	51
Ukoms oppdrag	53
Summary report English	55
Referanser	57

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.

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.

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 tryggere 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](#)).

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.»

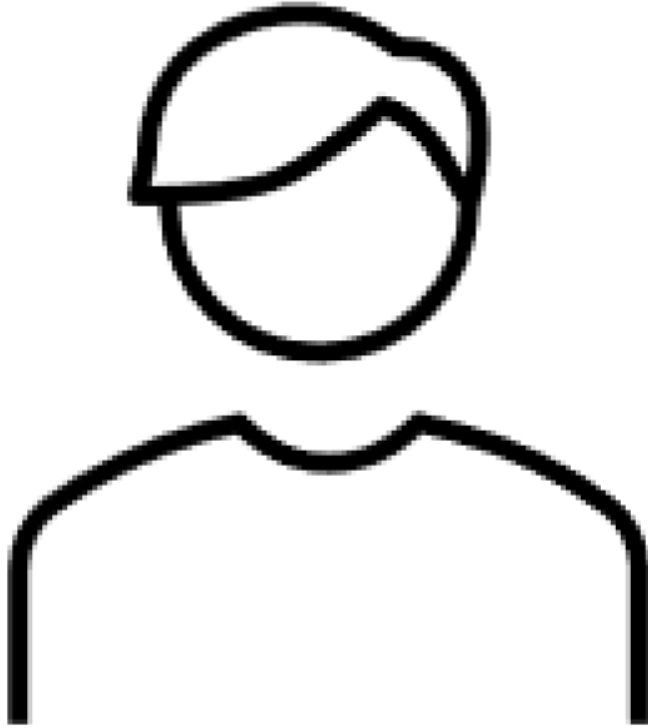
KONA

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.

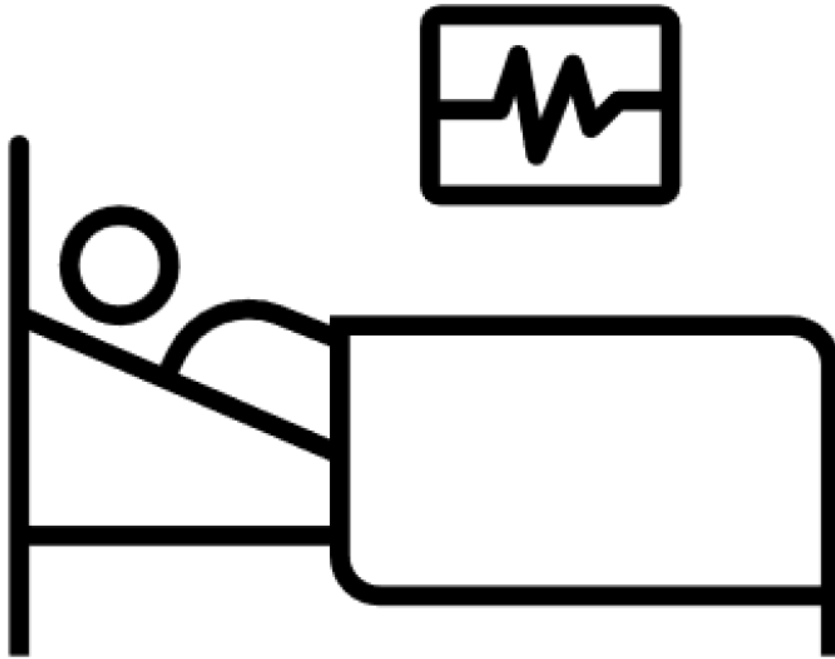
Sykdomforløpet

Dag 1



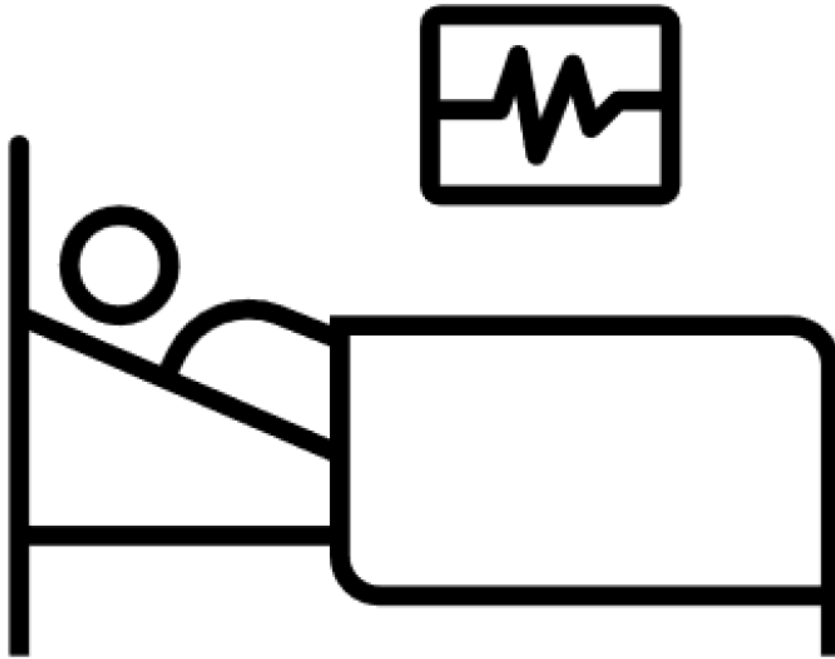
Frisk mann oppsøker legevakten på grunn av oppkast og akutte magesmerter. Han henvises videre til sykehuset.

Dag 2



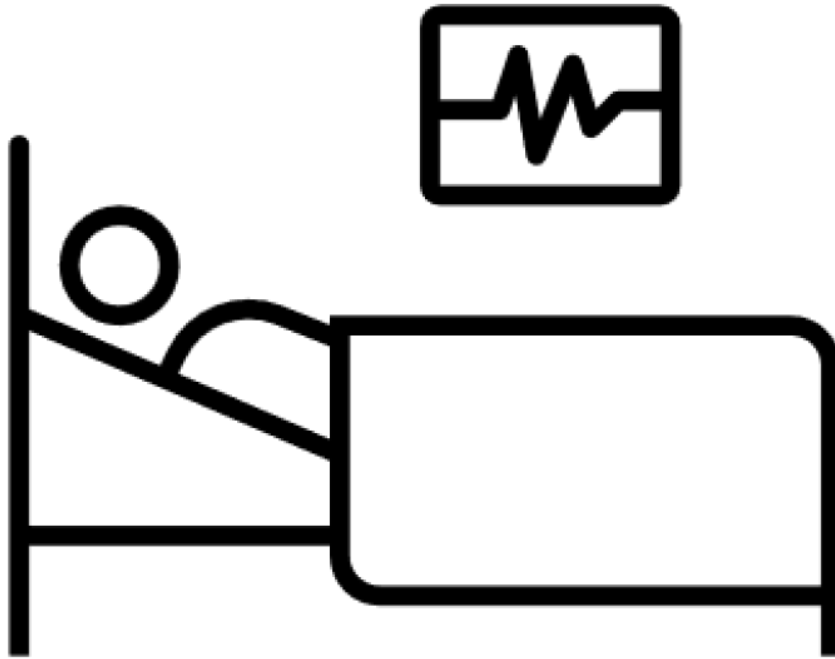
Undersøkelser viser passasjehinder i tarm forenlig med tarmslyng (ileus), og han blir operert. Under operasjonen tilkommer det en komplikasjon. Ved et uhell oppstår det en tarmperforasjon med lekkasje av tarminnhold ut i bukhulen. Operasjonen blir derfor omgjort fra kikkhullskirurgi til åpen kirurgi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

Dag 3 og 4



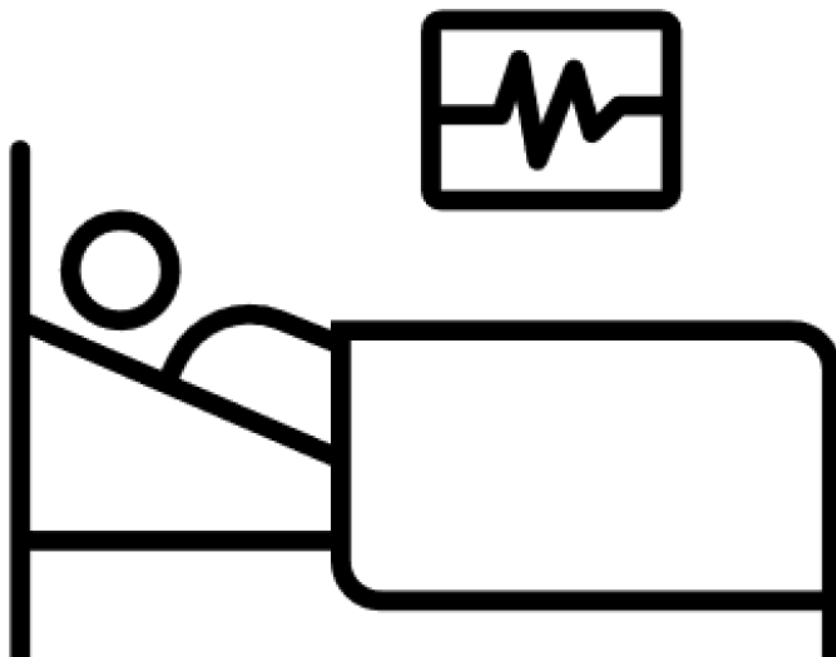
Han blir dårligere etter operasjonen, og det er mistanke om sepsisutvikling. Han må reopereres flere ganger. Pasienten er nå på intensivavdeling. Prøvesvar viser oppvekst av bakterien *Clostridium tertium*, som er en krevende bakterie å behandle.

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.

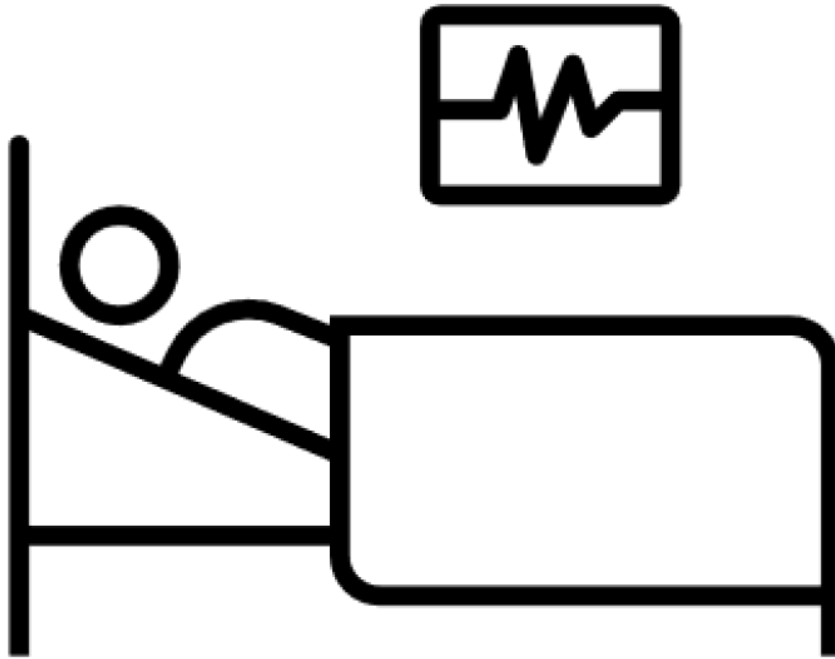
Dag 19 til 24



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.

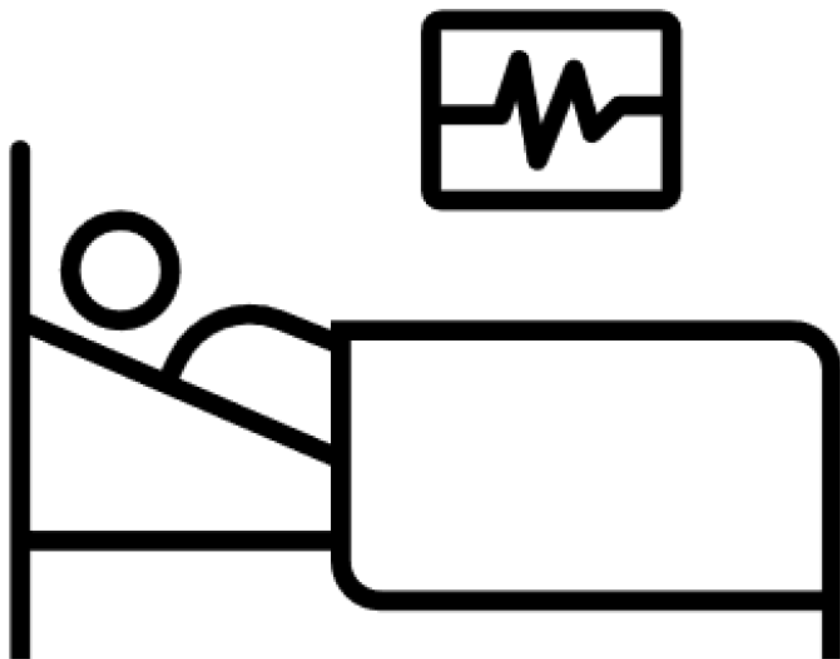
Hjemme opplever han seg stadig dårligere, og etter fire dager kontakter han sykehuset. De diskuterer ubehaget i magen, og han får råd om å ta smertestillende og ringe tilbake ved behov.

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. Bredspektrert 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 ernæringsstilstand 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 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.

«Noen burde jo ha lest journalen fra første opphold og visst hvilken type antibiotika han skulle settes på. Når han kom inn for andre gang med de samme symptomene, burde alle varsellamper lyst. Likevel måtte han vente 11 timer på å få antibiotika.»

KONA

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.

Helsepersonell Ukom har intervjuet i akuttmottak og på sengepost opplevde det ikke som kritisk da pasienten ble reinnlagt. Han hadde forhøyet CRP og leukocytantall, og temperaturen hans ble målt til 34,4 grader. Den lave temperaturen ble forklart med målefeil, men ble ikke kontrollert. Fem timer seinere var temperaturen 38,2.

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

SYKEPLEIER

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.

5 Meldekultur – en trinnvis prosess

Publisert 23. mars 2023 Sist oppdatert 23. mars 2023

En god meldekultur er 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.

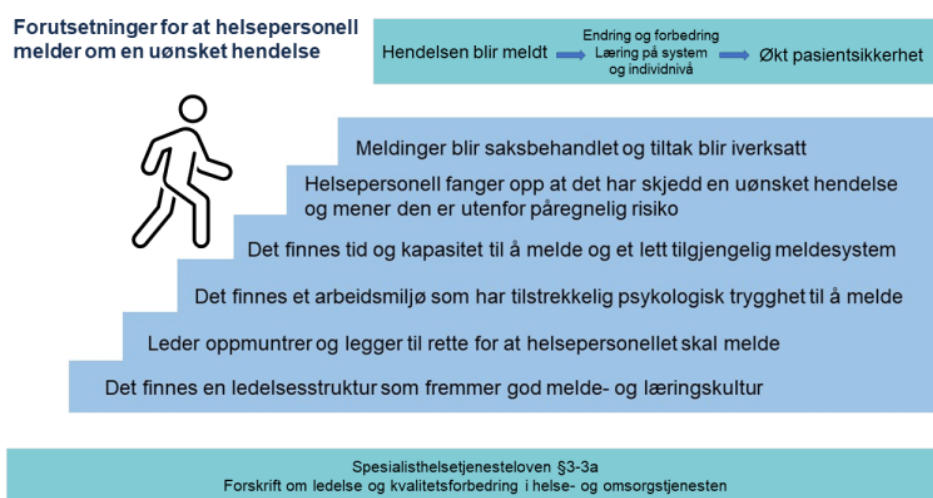


Fig 2: Trappetrinnmodell: Forutsetninger for at helsepersonell melder om en uønsket hendelse.

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.

«Det er i praksis disse som gjør jobben. Og det som skjer, er at når det kommer kritikk, er det veldig lett for alle å si at dette har ikke jeg noe med.»

LEGE

«Noen kolleger ønsker seg nok en tydeligere struktur. Jeg tenker at det er litt problematisk at avdelingen har et slik delegert lederskap. For eksempel i forhold til ansettelses ... hvem skal bestemme? Med personalkonflikter også – en ansatt har plutselig to stykker å forholde seg til.»

LEGE

Denne organiseringen med hybridledere kan føre til redusert tid, kapasitet og kontinuitet, og dermed mindre mulighet til å bygge opp lederkompetanse og følge opp medarbeidere. Det kan også skape en uklarhet i prioriteringene mellom rollene. I situasjoner der presset på leder øker, kan en legeleder med tydelig fagforankring gå inn i fagrollen på bekostning av lederrollen (23).

«Akkurat dette at leder ikke er tydelig, er kjernen. Hvem er det som egentlig bestemmer, og hvordan er linja egentlig?»

LEGE

Gjennom intervjuene kom det fram at det kan være problematisk at leder har personalansvaret for alle legene, samtidig som lederen også arbeider klinisk i avdelingen og saksbehandler meldinger om uønskede hendelser. Å melde en pasienthendelse der leder er involvert kan være utfordrende.

«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 ikke 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 skjøtt kalles en "anastomose". Lekkasje i slike skjøtter 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 døgn. 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 vakteamet, 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 behandlingsskjede 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 undersøkelseskomisjon 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 undersøkelseskomisjon 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 undersøkelseskomisjon 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-varslere 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 overlappning 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 behandling av sykdom eller skade» ett av kriteriene. Det er alltid krevende for en avdeling når politiet involveres i en pasienthendelse (34). Politietterforskning kan hindre læring fordi de involverte ikke tør å være åpne, og mange mener også at politiet ikke har god nok kompetanse til å vurdere sakene.

«Påregnelig risiko» er et uklart begrep når det skal relateres til alvorlige hendelser i helsetjenesten. Begrepet leder til diskusjoner og uenighet internt om hva som skal meldes. Hva som er påregnelig risiko defineres ulikt og varierer for eksempel med kompetanse, spesialisitet, pasientens alder og helsetilstand. Dersom en opplever en personlig belastning ved å melde en alvorlig hendelse, kan en definere påregnelig risiko for komplikasjoner ganske vidt. I tillegg kommer at alvorlige hendelser oftest skjer på grunn av sammensatte årsaker, og da blir det desto vanskeligere å kunne si hva som er påregnelig risiko. I sykehusavdelinger med aspekter av ufeilbarlighetskultur kan det være vanskelig å være åpen om uønskede hendelser, og det kan også påvirke forståelsen av begrepet. Nærmeste leders forventning til hva som skal meldes, og leders oppfølging av medarbeidere etter en uønsket hendelse er viktig både for læring og for å bygge opp den ansatte som har vært involvert.

I Sverige er varselplikten regulert i den såkalte lex Maria (39). Svenskene bruker ikke begrepet påregnelig risiko, men varselplikten innebærer hendelser som har medført eller kunne ha medført alvorlig pasientskade eller død. Dette gjelder dersom skaden kunne være unngått ved adekvate handlinger i pasientens kontakt med helse- og omsorgstjenesten. I Sverige er altså alvorlige nesten-hendelser også varslingspliktige.

I Helse Vest-rapporten kommer det fram faglig og personlig uenighet om hva som skal defineres som påregnelig risiko og hva som er faktisk avvik eller feil i behandlingen. Dette resulterer i variasjon i hva som meldes internt, men også i hva som varsles til tilsynsmyndighetene. Det blir fortalt at noen fagområder melder «raust», også der det ikke er identifisert svikt eller feil i behandlingen, mens andre melder i mindre grad. Ansatte påpeker at mye viktig læring går tapt dersom en i for stor grad konkluderer med at pasientskader og komplikasjoner skjer som følge av påregnelig risiko. Det sentrale må være å vurdere om det er mulig å redusere risikoen, også ved behandling som innebærer en påregnelig risiko (34).

Påregneligbegrepet beskriver risiko på gruppenivå, altså hva vi må regne med av komplikasjoner eller uønskede hendelser i en pasientpopulasjon. Men begrepet gir lite mening på individnivå og bidrar heller til uklarhet. For en tidligere frisk pasient som rammes av en alvorlig komplikasjon, er det ingen trøst i at komplikasjonen var påregnelig – bare fordi enkelte pasienter iblant rammes av en slik komplikasjon. For pårørende vil det være helt uforståelig dersom helsetjenesten ikke melder et dødsfall som en uønsket hendelse, når et slikt utfall er helt uventet for dem (1, 40).

Begrepet «påregnelig risiko» kan i seg selv føre til en underrapportering av hendelser som kan gi opphav til læring. Og helsepersonell går glipp av å reflektere rundt hvorfor nettopp denne pasienten døde, og hva kan vi lære av det? I en NPE-undersøkelse fra 2019 fant de at bare 33 prosent av sakene med innvilget erstatning ble funnet igjen i sykehusenes meldesystem (41). Når samsvaret er så dårlig, kan det tyde på at det interne kvalitetssystemet ikke gir et godt nok bilde av den typen skader som betyr mest for pasientene. Medholdssakene hos NPE representerer alvorlige pasienthendelser som i størst mulig grad bør meldes lokalt hvis sykehusene skal lykkes med å øke pasientsikkerheten og forebygge pasientskader. Samsvaret vil av naturlige grunner aldri bli 100 prosent.

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven omtales det som en prinsipiell utfordring at dagens varselordning har læring som hovedformål, samtidig som den er knyttet til sanksjonssystemer. Dette er i strid med internasjonal kunnskap og anbefalinger om lærings- og rapporteringssystemer (38). I helsepersonells bevissthet kan ordningen oppfattes som en sanksjonerende heller enn en lærende ordning, der det handler om å avdekke brudd på lov eller forskrift (34). «Trusselen» om sanksjoner kan gjøre at en vegrer seg for å innse at noe kunne vært gjort annerledes – og slik hindre læring (42). Regjeringen har utnevnt et utvalg for å evaluere varselordningen (43).

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.

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 aspekter 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-/påørøndeerfaringer de tre sirklene i figuren (fig. 3). Der de overlapper, ligger grunnlaget for forbedring gjennom læring og endring.

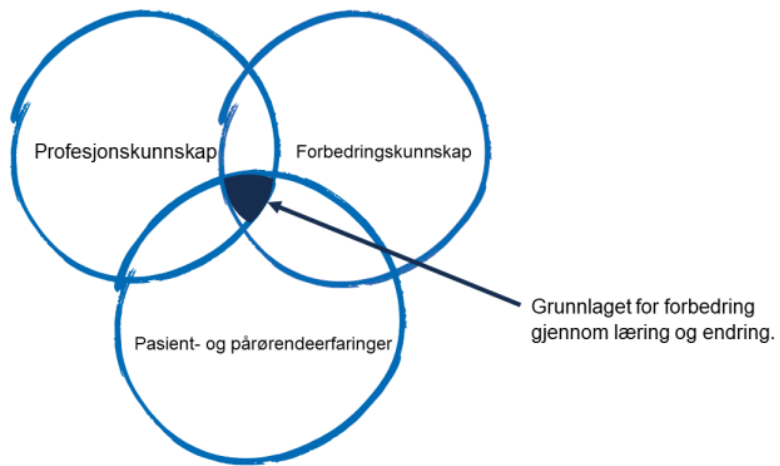


Fig 3: Ukom, etter modell fra Batalden og Stoltz (44).

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.

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.

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. Ukoms 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

10 Ukoms oppdrag

Publisert 23. mars 2023 Sist oppdatert 23. mars 2023

Statens undersøkelseskommisjon 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 undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten av 16.06.2017 nr. 56](#).

11 Summary report English

Publisert 23. mars 2023 Sist oppdatert 23. mars 2023

Read [summary of the report](#) in English.

12 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/220678>
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 undersøkelseskomisjon 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%B8kelseskomisjon>
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/kontrollmedforvaltningenavstatligeselskaper2018.pdf>
17. Lipczak H, Schjøler 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. oktobert 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 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.dagensmedisin.no/barn-og-unge-eldre-ikke-bruk-folkehelse-folkehelse/psykolog-mange-steder-aksepterer-man-litt-for-roff-kommunikasjon/383311>
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. Fjærtoft 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-hendelser/286784>
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-maria-och-lex-sarah/>
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-meldesystem/2019-undersokelse-npe-saker-og-meldesystemer.pdf>

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.i-tryggehender24-7.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 undersøkelseskomisjon
for helse-og omsorgstjenesten**

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

ISBN 978-82-8465-030-2