

Sykepleien

FAGUTVIKLING

Pasientskader: Åpenhetskultur må erstatte skyld og skam

Uønskede hendelser i helsevesenet er en belastning for alle involverte. Større åpenhet og bedre rapporteringssystemer kan styrke pasientsikkerheten og fremme læring.

Magnhild Vikan

Ph.d.-kandidat

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Oslomet – storbyuniversitetet

Ellen Catharina Tvetter Delkås

Lege og seniorforsker

Avdeling for helsetjenesteforskning, Akershus universitetssykehus

Arvid Steinar Haugen

Professor

Avdeling for anestesi og intensivsykepleie, Haukeland universitetssjukehus, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsefag, Oslomet – storbyuniversitetet

Stein Ove Danielsen

Operasjonssykepleier og førsteamanuensis

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, Oslomet – storbyuniversitetet

Kultur

Kvalitativ metode

Operasjon

Pasientskade

Samhandling

Sykepleien 2024;112(95800):e-95800

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2024.95800](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2024.95800)

Hovedbudskap

Profesjonsutøvere i helsevesenet opplever ofte skyld, skam og selvbebreidelse etter uønskede hendelser.

Følelsen av skyld og skam som hviler på den enkelte profesjonsutøveren, må erstattes av åpenhetskultur og et systemperspektiv etter hendelser.

I 2022 oppsto det en pasientskade ved 12,6 prosent av alle opphold på norske somatiske sykehus (1).

Helsedirektoratets parametere viser at trenden er nedadgående, men pasientskader utgjør fortsatt en betydelig belastning for pasienter og pårørendes liv og helse. Det samme gjelder helsepersonell som har stått i situasjonene (1).

I vår publiserte studie om kirurgiske teams perspektiver på pasientsikkerhetskultur rapporteres det at teammedlemmer opplever skyld og skam når pasientskader oppstår. De deler uønskede hendelser med kolleger i varierende grad og har liten tillit til at eksisterende avvikssystemer fører til kvalitetsforbedring (2).

Hva er en god pasientsikkerhetskultur?

Pasientsikkerhetskultur handler om hvordan ledere og medarbeidere samarbeider for å beskytte pasienter mot uønskede hendelser i helsevesenet. I en god pasientsikkerhetskultur minimeres sannsynligheten for uønskede hendelser.

Det skjer gjennom blant annet rutiner, handlingsmønstre, bevissthet, holdninger og prioriteringer (3). En positiv pasientsikkerhetskultur er et ledd i et godt arbeidsmiljø. Det er forbundet med færre uønskede hendelser, bedre utøvelse av helsetjenester og bedre utfall for pasientene (4–6).

Formålet med Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 var å styrke pasientsikkerhetskulturen, redusere pasientskader og etablere varige strukturer for kvalitetsforbedring i helsetjenestene. Videre skulle man tilrettelegge for en åpenhetskultur og etablere arenaer for læring (7). Perioden som ble gitt i handlingsplanen, er passert, men er målene nådd?

Effektivitetskrav kan være en trussel

Pasientskader relatert til kirurgi forekom i 4,3 prosent av alle norske sykehusopphold i 2022 (1). Medlemmer av kirurgiske team melder at de legger høy prestisje i å være godt forberedt og gi sine pasienter personsentrerte og kompetente helsetjenester (2).

Risikoen for å påføre pasienter ekstrabelastning i form av forbigående eller varige skader er noe teammedlemmene opplever som en konstant frykt, viser vår studie. Profesjonsutøvere søker ekstrainformasjon og gjør kritiske vurderinger for å skape et sikkerhetsnett for hver enkelt pasient.

«Å foreslå en ekstra utredning eller pasientforberedelse krever kompetanse, erfaring og robusthet.»

Å foreslå en ekstra utredning eller pasientforberedelse krever kompetanse, erfaring og robusthet. Forsinkelser kan stride mot ledelsens krav til effektivitet og produksjon (2). Effektivitetskravene kan derfor true pasientsikkerheten til tider.

Høyt press og frykt hindrer læring

Deltakerne i studien opplever at de stiller høye krav til egen utøvelse, og at det ofte gir arbeidstimer utover normert arbeidstid. De beskriver en ikke-syte-kultur der folk ikke sier ifra om ofte uhåndterbare arbeidsmengder. De høye kravene profesjonsutøverne stiller til seg selv, gjør det vanskelig å oppleve en pasientskade uten å bebreide seg selv og oppleve skyld og skam.

Slike situasjoner kan derfor utløse et umiddelbart ønske om å holde hendelsen hemmelig, også av frykt for negativ påvirkning på den videre karrieren – eller at utøveren skal fremstå som uegnet.

Denne kombinasjonen av effektivitetskrav, høy arbeidsbelastning og at enkelte velger å tie om uønskede hendelser, kan påføre helsepersonellet i det kirurgiske teamet høyt moralsk stress og en bekymring for å forårsake nye uønskede hendelser (2).

Høy arbeidsbelastning og moralsk stress er assosiert med symptomer på depresjon, utbrenthet, turnover, tanker om å forlate profesjonen og selvmord (8, 9). Disse symptomene kan på kort tid forsterkes fordi de også er relatert til høyere risiko for å gjøre feil (2, 8, 9).

Åpenhetskultur og trygghet gir bedre pasientsikkerhet

En åpenhetskultur henger tett sammen med psykologisk trygghet i en avdeling (2, 10). Et teamarbeidsklima med stabile relasjoner, faglig og personlig tillit, støttende kommunikasjon og psykologisk trygghet påvirker pasientens sikkerhet, helsepersonellens velvære og kvaliteten på helsetjenesten som blir utøvd (2, 8, 11, 12).

Psykologisk trygghet handler om hvorvidt den enkelte føler seg fri til å stille spørsmål, påpeke risiko eller foreslå forbedringer, uten frykt for å bli latterliggjort eller stigmatisert (13). En kultur med psykologisk trygghet er forbundet med færre uønskede hendelser (11, 12). I kirurgiske team kan opplevelsen av frihet til å informere om risikofulle forhold bli utfordret av det tradisjonelle hierarkiet knyttet til autoritet og formell kompetanse (2, 11, 14).

«Time-out» er den midterste delen av den godt implementerte sjekklisen «Trygg kirurgi», som det kirurgiske teamet samler seg rundt før kirurgien starter. «Time-out» er et egnet tidspunkt hvor hovedoperatøren kan invitere alle til å si ifra om bekymringer rundt sikkerhet underveis i prosedyren. Det bidrar til en bedre åpenhetskultur (2, 8, 11, 12). Ledere med fullmakter og systemansvar er premissleverandører som kan sette rammene og normene – og korrigere utøvelsen av kulturen.

Deltakerne i vår studie tror ikke nyutdannede og nyansatte kan skape en åpenhetskultur uten at ledelsen støtter og fremmer det (2). I samarbeid med ansatte må ledere sette tydelige grenser for holdninger og kommentarer som kan opprettholde skyld- og skamkulturen (2, 10).

Ved å være åpne om personlige erfaringer med uønskede hendelser kan formelle og uformelle ledere gi yngre og mer uerfarne kolleger mot til å erkjenne og være åpne om sine feil. Det kan bidra til en felles forståelse for at alle kan oppleve en uønsket hendelse – og dermed bidra til en åpenhetskultur (2, 10).

Helsepersonell trenger støtte

Teammedlemmene i vår studie opplever det som positivt at de involverte i uønskede hendelser selv presenterer hendelsene for sine kolleger. Erfaringene og belastningene er ofte gjenkjennbare, og kolleger kan meddele sin støtte. De verdsetter å lære av uformelle historier og anekdoter som folk deler (2).

«Umiddelbar åpenhet er viktig når feil skjer.»

Å etablere en åpenhetskultur krever proaktive, varige strukturer som støtter ansatte når uønskede hendelser skjer (2, 8). Ledere eller en erfaren kollega bør samle teammedlemmene til en debriefing umiddelbart etter en uønsket hendelse (2, 9).

Umiddelbar åpenhet er viktig når feil skjer. De involverte må få støtte for at det er vanskelig å gjøre alt riktig. Åpenhet er første steg for å forbedre systemene. Det vil si en systematisk samtale, fortrinnsvis ledet av en kollega med innsikt i profesjonen og konteksten, og videre en systematisk analyse av omstendighetene som ledet til hendelsen (2). Hensiktsmessig håndtering av involverte pasienter og pårørende inngår i dette arbeidet, men omtales ikke her.

Informasjon om risiko må komme frem

Åpenhetskultur og psykologisk trygghet henger også sammen med en kultur for organisatorisk læring, og at man setter uønskede hendelser i et systemperspektiv (2, 10). En slik kultur setter søkelys på sammenfallende omstendigheter, samarbeid og samspill – og vektlegger ikke individenes skyld og ansvar alene. Dermed blir det tryggere for medarbeiderne å være åpne om hendelser de har opplevd (3).

Det er en forutsetning at informasjon om risiko kommer frem, og at den erkjennes av ledere som kan endre rutiner og prioriteringer og bidra til organisatorisk læring (2–3, 15). Åpenhet er også lettere å få til i tillitsfulle relasjoner. Det skaper vi gjennom interprofesjonelle samhandlingsarenaer der hendelser, risiko og forebyggende tiltak jevnlig kan diskuteres (2, 16).

Pasientsikkerhet bør også være på agendaen i andre periodiske fora, som månedlige personalmøter, ukentlige fagmøter eller daglige tavlemøter av ulik utforming. Slike møtестrukturer kan understøtte uformelle kontaktpunkter for deling og læring, også på tvers av profesjoner (2, 16).

Vår studie indikerer at det er et gap mellom den overordnede ledelsens engasjement i pasientsikkerhetsarbeid og hvordan frontlinjen av helsepersonell erfarer forebygging og sikkerhet i pasientkontakten (2).

Direktør eller styreleder kan gå «pasientsikkerhetsvisitter»

Frontlinjen må oppleve at overordnet ledelse forstår deres daglige håndtering av risiko i en stadig mer kompleks pasientbehandling (2, 16). En slik forståelse kan bygges gjennom regelmessige «pasientsikkerhetsvisitter», hvor sykehusets direktør eller styreleder besøker arbeidssteder i sykehuset og går i direkte dialog med ansatte som opplever risiko i sin arbeidshverdag (3).

«Det er ulike holdninger til å dokumentere en hendelse.»

Rapporteringsystemer som dokumenterer hendelser for å bruke dem aktivt i kvalitetsforbedringsarbeid (17), er en del av en lærende organisasjon. I vår studie finner vi tegn til utfordringer med dagens avvikssystem. Det er ulike holdninger til å dokumentere en hendelse (2, 17).

Fortsatt eksisterer det en formening, spesielt blant legene i vår studie, om at systemet brukes til å sende kritiske tilbakemeldinger, at det i liten grad er definert hva som skal meldes, og at å melde om risiko og uønskede hendelser ikke bidrar til forbedringsarbeid.

Sykepleiere melder oftere avvik

Sykepleierne er mer tilbøyelig til – og føler seg i større grad forpliktet til – å melde avvik, men de opplever også manglende tilbakemeldinger, åpenhet og involvering i saksgang og forbedringstiltak (2). Samtidig opplever de eksisterende avvikssystemet som lite brukervennlig og tidkrevende (2, 17–18).

Studien identifiserer et behov for et mer brukervennlig forbedringssystem med veldefinerte melderutiner, saksgang, involvering av helsepersonell i forbedringsarbeidet og systematikk i tilbakemeldingene (2).

Norsk pasientskadeerstatning rapporterer at bare fire av ti av deres håndterte saker som endte i medhold, var meldt som avvik av helsepersonell i sykehus (18). Det vanskeliggjør læring og forbedring, som vi kan tenke oss reduserer behovet for varsling på sikt (17, 19). Det er nærliggende å tenke at det fortsatt gjenstår mye arbeid for å nå målene om en god pasientsikkerhetskultur i den nasjonale handlingsplanen (7).

Konklusjon

Hver og en av oss som står med pasienters liv mellom hendene, særlig ved kirurgi, må støtte hverandre. Det innebærer å bannlyse latterliggjøring og baksnakking, oppmuntre kolleger til å være åpne om risikoen de opplever i arbeidsprosessene – og ønske forslag til forbedringstiltak velkommen.

«Læring på systemnivå fremmer en god åpenhetskultur og psykologisk trygghet.»

Ledere på alle nivåer kan betrakte uønskede hendelser i et systemperspektiv og bruke hendelser til å forbedre rutiner, planlegging og prioriteringer, slik at de får en lærende organisasjon. Læring på systemnivå fremmer en god åpenhetskultur og psykologisk trygghet. Det kan gjøre hverdagen til profesjonsutøvere i kirurgisk virksomhet mer bærekraftig. Kanskje kan det også bidra til at flere holder ut i sitt virke. Det trenger vi at de gjør.

Interessekonflikter

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.



KIRURGISK TEAM: Helsepersonell kjenner på en konstant frykt for å påføre pasienter skader, viser en studie.
Illustrasjonsfoto: Gorm Kallestad/NTB

1. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2022 – målt med Global Trigger Tool [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 13. september 2023 [hentet 4. mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2022--malt-med-global-trigger-tool>
2. Vikan M, Deilkås ECT, Valeberg BT, Bjørnnes AK, Husby VS, Haugen AS, et al. The anatomy of safe surgical teams: an interview-based qualitative study among members of surgical teams at tertiary referral hospitals in Norway. *Patient Saf Surg.* 2024;18(7). DOI: [10.1186/s13037-024-00389-w](https://doi.org/10.1186/s13037-024-00389-w)
3. Deilkås ECT. Patient safety culture – opportunities for healthcare management [doktorgradsavhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2010.
4. Vikan M, Haugen AS, Bjørnnes AK, Valeberg BT, Deilkås ECT, Danielsen SO. The association between patient safety culture and adverse events – a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1)1–27. DOI: [10.1186/s12913-023-09332-8](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09332-8)
5. 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). DOI: [10.1136/bmjopen-2017-017708](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017708)
6. Lee SE, Scott LD, Dahinten VS, Vincent C, Lopez KD, Park CG. Safety culture, patient safety, and quality of care outcomes: a literature review. *West J Nurs Res.* 2019;41(2):279–304. DOI: [10.1177/0193945917747416](https://doi.org/10.1177/0193945917747416)
7. Helsedirektoratet. Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023 [internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2019 [hentet 4. mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf>

8. Swendiman RA, Edmondson AC, Mahmoud NN. Burnout in surgery viewed through the lens of psychological safety. *Ann Surg.* 2019;269(2):234–5. DOI: [10.1097/SLA.0000000000003019](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003019)
9. Busch IM, Moretti F, Purgato M, Barbui C, Wu AW, Rimondini M. Psychological and psychosomatic symptoms of second victims of adverse events: a systematic review and meta-analysis. *J Patient Saf.* 2020;16(2):61–74. DOI: [10.1097/PTS.0000000000000589](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000589)
10. Edmondson AC, Bransby DP. Psychological safety comes of age: Observed themes in an established literature. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav.* 2023;10(1):55–78. DOI: [/10.1146/annurev-orgpsych-120920-055217](https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-120920-055217)
11. Pattni N, Arzola C, Malavade A, Varmani S, Krimus L, Friedman Z. Challenging authority and speaking up in the operating room environment: a narrative synthesis. *Br J Anaesth.* 2019;122(2):233–44. DOI: [10.1016/j.bja.2018.10.056](https://doi.org/10.1016/j.bja.2018.10.056)
12. Jones A, Blake J, Adams M, Kelly D, Mannion R, Maben J. Interventions promoting employee «speaking-up» within healthcare workplaces: a systematic narrative review of the international literature. *Health Policy.* 2021;125(3):375–84. DOI: [10.1016/j.healthpol.2020.12.016](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.016)
13. Edmondson AC, Lei Z. Psychological safety: The history, renaissance, and future of an interpersonal construct. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav.* 2014;1(1)23–43. DOI: [10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305](https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091305)
14. Falcone ML, Van Stee SK, Tokac U, Fish AF. Adverse event reporting priorities: an integrative review. *J Patient Saf.* 2022;18(4):727–40. DOI: [10.1097/PTS.0000000000000945](https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000945)
15. Kolodzey L, Trbovich P, Kashfi A, Grantcharov TP. System factors affecting intraoperative risk and resilience: applying a novel integrated approach to study surgical performance and patient safety. *Ann Surg.* 2020;272(6):1164–70. DOI: [10.1097/SLA.0000000000003280](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003280)
16. O'Donovan R, Ward M, De Brún A, McAuliffe E. Safety culture in health care teams: a narrative review of the literature. *J Nurs Manag.* 2019;27(5):871–83. DOI: [10.1111/jonm.12740](https://doi.org/10.1111/jonm.12740)
17. Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM). Meldekultur og læring av uønskede pasienthendelser [internett]. Oslo: UKOM; 2023 [hentet 4. mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://ukom.no/rapporter/meldekultur-og-laering-av-uonskede-pasienthendelser/sammendrag>
18. Regjeringen. Fra varsel til læring og forbedring [internett]. Oslo: Regjeringen; 2023 [hentet 4. mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/fra-varsel-til-laring-og-forbedring/id2971072/>
19. Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Helsepersonell varslet om fire av ti feilbehandlinger på sykehus [internett]. Oslo: NPE; 20. april 2023 [hentet 4. mars 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.npe.no/no/Helsepersonell/pasientsikkerhet/rapporter/helsepersonell-varsl-om-fire-av-ti-feilbehandlinger-pa-sykehus/>